



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA
Scuola di Medicina e Chirurgia
Corso di Laurea in Infermieristica

Tesi di Laurea

L'INFERMIERE DELL'ADI IN ITALIA E L'INFERMIERE DI
FAMIGLIA IN SPAGNA. RISULTATI DI UNA INDAGINE
SULLA SODDISFAZIONE LAVORATIVA EFFETTUATA NEL
CAP DI BARCELLONA E NEL SERVIZIO ADI DELL'ULSS N.7

Relatore: Dott. Geatti Sandro

Correlatore: Dott.ssa Favero Barbara

Laureanda: Sperandio Monica

Matricola: 1023831

Anno Accademico : 2014/2015

INDICE

RIASSUNTO

LISTA DEGLI ACRONIMI

INTRODUZIONE	1
CAPITOLO 1: QUALITA' DELLA VITA PROFESSIONALE	3
1.1 – Clima lavorativo	4
CAPITOLO 2: SISTEMI SANITARI	7
2.1 – Sistema sanitario spagnolo	7
2.2 – Organizzazione del Servizio di Salute	8
2.3 – Comunità autonoma di Catalogna	10
2.4 – Sistema sanitario italiano	10
CAPITOLO 3: SERVIZI DI CURE PRIMARIE	13
3.1 – Servizio CAP in Catalogna	13
3.2 – Il servizio ADI nel sistema delle ASL	16
CAPITOLO 4: RICERCHE PRECEDENTI	17
4.1 – Studi in Spagna	17
4.2 – Studi in Italia	18
CAPITOLO 5: MATERIALI E METODI	21
5.1 – Scopo ed obiettivi	21
5.2 – Sedi di ricerca	21
5.3 – Strumento utilizzato	22

5.4 – Caratteristiche metriche	22
5.5 – Analisi dei dati	23
5.6 – Limiti	24
CAPITOLO 6: RISULTATI	25
CAPITTOLO 7: DISCUSSIONE E PROPOSTE	29
7.1 – Conclusioni	31
BIBLIOGRAFIA	
ALLEGATI	

LISTA DEGLI ACRONIMI:

- ADI: Assistenza Domiciliare Integrata
- CAP: Centro di Attenzione Primaria
- QPL-35: Questionario sulla Qualità della vita Lavorativa Percepita
- SSN: Servizio Sanitario Nazionale
- PSN: Piano Sanitario Nazionale
- CSS: Consiglio Superiore della Sanità
- ISS: Istituto Superiore della Sanità
- IRCCS: Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
- IZS: Istituto Zooprofilattico Sperimentale
- AIFA: Agenzia Italiana del Farmaco
- LEA: Livelli Essenziali di Assistenza
- ASL: Azienda Sanitaria Locale
- IDESCAT: Istituto di Statistica della Catalogna
- QVP: Qualità della Vita Professionale
- DE: Deviazione Standard
- IC: Intervallo di Confidenza

RIASSUNTO

Obiettivo e setting: Conoscere la QVP nei due contesti: degli infermieri di famiglia nel CAP Can Rull di Sabadell (Barcellona, Spagna) e degli infermieri dell'ADI dell'ULSS7 (Italia). Questi dati vengono messi a confronti con uno studio pilota avvenuto a Soria nella Castiglia e Leon (Spagna). La ricerca vuole inoltre individuare i fattori che possono influire sulla QVP stessa.

Disegno: Studio descrittivo trasversale.

Campione: Gli infermieri con mansioni operative nelle cure primarie: 15 nel CAP Can Rull, 49 in Italia e 20 nello studio di Soria.

Interventi: Si è distribuito il questionario QPL-35 agli operatori tramite le caposala delle corrispondenti sedi. Questo strumento permette una valutazione multidimensionale della QVP del lavoratore. In Italia insieme al QPL-35 si è allegata una scheda anagrafica.

Risultati: Il tasso di risposta ottenuto in Catalogna è stato del 86,6% mentre in Italia è stato decisamente più basso (50%); a Soria si è ottenuta la totale partecipazione(100%). Nel contesto italiano e catalano la QVP è stata alta e quasi uguale (7,4 e 7,3 su 10) mentre per Soria il punteggio è stato di 5,7. In relazione alle tre dimensioni la “motivazione intrinseca” si è rivelata essere l'area con il punteggio più alto in tutti e tre gli studi. A seguire con “l'appoggio direttivo” per Italia e Catalogna mentre per Soria il secondo punteggio più alto è del “carico di lavoro”. Non risultano variazioni significative della QVP in base a caratteristiche sociodemografiche. Applicando la prova di Correlazione di Pearson appare che in tutti e tre gli studi risulta esserci una relazione tra “appoggio direttivo e QVP e “motivazione intrinseca” e QVP mentre non sembra esistere una relazione significativa tra carico di lavoro e QVP.

Conclusioni: Emerge da parte degli operatori una voglia di essere creativi ed aver più possibilità di esserlo in tutti e tre gli studi. L'appoggio familiare è in generale alto e i conflitti nell'ambiente lavorativo bassi. In Italia emerge la mancanza di tempo per la vita personale meno presente nel contesto spagnolo. L'appoggio dei superiori e colleghi è buono in Italia e Catalogna mentre per la Castiglia e Leon c'è una percezione bassa dell'impegno dell'azienda per migliorare la qualità del posto di lavoro. Dai risultati sulla correlazione delle tre dimensioni risulta che un aumento dell'appoggio direttivo e della

motivazione intrinseca aumenta la QVP mentre il carico di lavoro è inversamente proporzionale alla QVP. I risultati indicano quindi che il metodo più efficace per migliorare la QVP degli infermieri delle cure primarie non è lavorare sul carico di lavoro quanto sull'appoggio direttivo e la motivazione intrinseca.

Parole chiave: Soddisfazione lavorativa, nursing, cure primarie.

INTRODUZIONE

La qualità della vita professionale è uno degli elementi che condiziona la produttività di un'azienda. Nelle aziende sanitarie, in particolar modo, la qualità dei servizi è direttamente relazionata con la soddisfazione dei professionisti sanitari che la erogano.

Per questo motivo in molte organizzazioni sanitarie questa dimensione viene indagata periodicamente.

Nonostante sia disponibile un'abbondante volume di letteratura riguardante il clima lavorativo e la qualità di vita professionale nelle professioni sanitarie, ancora poco si è fatto per indagare in modo specifico gli items di forza e debolezza della sola professione infermieristica.

In questo lavoro, oltre che indagare esclusivamente la qualità di vita professionale percepita dagli infermieri, si è voluto mettere a confronto due realtà: quella degli infermieri di famiglia di un centro di attenzione primaria nell' Ajuntament di Sabadell a Barcellona (Spagna) e quello degli infermieri del servizio dell'ADI dell'azienda ULSS7 nel Veneto in Italia. I dati ottenuti da questi due servizi vengono messi a confronto con uno studio analogo fatto nella Castiglia e Leon. Con lo scopo di dare un contesto più chiaro dell'ambiente in cui i due diversi gruppi di professionisti operano, si è deciso di mettere a confronto i due diversi sistemi sanitari; ovvero quello Italiano e quello della Spagna con un'attenzione particolare per la Comunità Autonoma della Catalogna.

Per poter rilevare la qualità di vita professionale percepita si utilizzano come strumenti dei questionari validati. Nella mia indagine ho utilizzato il questionario QPL-35, che prevede 35 affermazioni alle quali il compilatore deve esprimere il proprio grado di accordo in una scala che va da 0 (per nulla d'accordo) a 10 (totalmente d'accordo). Le affermazioni sono multidimensionali; ovvero mirano a sondare differenti aspetti del lavoro e della vita dell'operatore sanitario, in modo tale da fornire dei dati che possano dare un quadro integrale di tutti gli aspetti che possano influenzare la qualità della vita professionale.

In questo studio si analizzano il peso e la relazione tra 3 macro-aree. Queste ultime sono il frutto di una suddivisione degli items per "categorie di indagine" operata da diversi autori

con il fine di facilitare e rendere più chiara ed immediata la comprensione dei dati e la loro analisi. Le aree sono: appoggio direttivo (composto da 13 items); carico di lavoro (composto da 11 items) ed infine la motivazione intrinseca (composta da 10 items).

Il questionario è già stato utilizzato in numerosi studi; in particolare nell'ambito delle cure primarie nei paesi ispanici, dove si è sviluppato e perfezionato. Essendo presente esclusivamente in lingua spagnola, questo strumento di indagine è stato proposto agli infermieri italiani nella sua traduzione libera.

L'obiettivo generale dello studio è conoscere la qualità di vita professionale percepita dei due gruppi di infermieri, conoscerne gli items con i punteggi più alti e più bassi e la relazione tra le macro-aree.

Cap 1

Qualità della vita professionale

Il concetto di “qualità della vita professionale” non è di facile interpretazione. Nelle diverse pubblicazioni che parlano di questo tema, una delle definizioni maggiormente condivisa è quella in cui si afferma che una persona goda di una buona qualità di vita lavorativa quando si trova in una situazione di benessere, nel quale è presente un equilibrio tra la richiesta fatta alla persona stessa di svolgere un lavoro impegnativo, complesso ed intenso e la capacità da egli percepita di riuscire ad affrontarlo. In questo modo l’individuo avrà, nel corso della sua vita, uno sviluppo ottimale della sfera personale, familiare e professionale (Sánchez, 1993).

Questo concetto diventa particolarmente rilevante nelle organizzazioni sanitarie nelle quali il capitale umano agisce direttamente sugli outcome (Katia Viriginia de Oliveira Feliciano, 2010; Heather Spence Laschinger, 2005). Si può infatti affermare che la qualità dei servizi offerti è direttamente relazionata alla soddisfazione lavorativa dei propri operatori sanitari. Per queste ragioni la valutazione periodica della qualità di vita professionale è di fondamentale importanza in quanto incide indirettamente sulla soddisfazione dei pazienti. *La soddisfazione degli utenti si intreccia quindi in armonia con quella dell’operatore.* Ciò significa che più la soddisfazione è alta tra i professionisti sanitari maggiormente l’assistenza erogata da questi ultimi aderirà all’aspettativa di assistenza del paziente (Varo, 1995).

Svolgere indagini mirate agli infermieri è particolarmente significativo in quanto la professione infermieristica è “l’anima” del servizio sanitario in quanto è a diretto contatto con pazienti e famiglie oltre che essere numericamente il professionista più presente nelle aziende sanitarie.

È inoltre assodata la relazione tra bassa QVP e fenomeni come l’assenteismo, incidenti sul lavoro e cambiamenti della posizione lavorativa; oltre che ad essere direttamente relazionata con due condizioni: stress occupazionale e sindrome del *Burnout*. Lo stress occupazionale è definito come un disequilibrio tra la domanda di lavoro e l’incapacità individuale di rispondervi e la sua forma più grave è la sindrome del *Burnout*. Quest’ultima condizione, particolarmente diffusa nel personale che lavora a contatto con la gente, causa

fatigue, depersonalizzazione e risultati lavorativi bassi. La sindrome si manifesta con stanchezza emotiva, depersonalizzazione e mancanza di risultati personali e si ritiene essere causato da uno stress lavorativo cronico. Molte sono le variabili che possono influenzare lo sviluppo della sindrome di *Burnout*, sia in positivo che in negativo. Tra questi sono presenti: fattori ambientali, caratteristiche individuali, strategie di coping adottate, variabili legate alla situazione, precedenti esperienze stressanti e i suoi risultati, conseguenze dovute ad una situazione particolare per l'individuo. In studi precedenti si è studiato come queste due condizioni influenzino direttamente, e viceversa, la QVP (Hanzeliková, 2012; Simon L. Dolan, 2008; F.Jorge Rodriguez, 2005).

Clima lavorativo

Un altro concetto importante nel quale si inserisce la QVP è il clima lavorativo. Il clima lavorativo o aziendale indica le percezioni che un determinato ambiente dà alle persone che fanno parte dell'ambiente stesso. Queste percezioni riguardano soprattutto i rapporti interpersonali tra colleghi e superiori, carico di lavoro e tempistica per eseguirlo, stili gestionali utilizzati dall'organizzazione. Il clima lavorativo è un fattore di fondamentale importanza in un'azienda in quanto impatta direttamente sull'efficacia e l'efficienza delle attività lavorative, influenzando quindi sul raggiungimento degli obiettivi prefissati. Nonostante la grande importanza rivestita, il clima lavorativo non viene sempre posto sotto la luce che merita dalla dirigenza. Questo fatto riveste particolare importanza in quanto è proprio la dirigenza stessa la principale responsabile dell'instaurarsi di un clima positivo o negativo. Questo concetto è ribadito da diversi studi nei quali è dimostrato esserci una variazione della QVP degli operatori ai cambiamenti decisi dalla direzione e anche dal tempo trascorso dalla loro attuazione (Carmen Diaz Corte, 2013).

Sono state individuate alcune dimensioni da indagare per poter valutare la qualità di un clima organizzativo che sono: coinvolgimento, coesione, sostegno, autonomia, orientamento al compito, chiarezza dei compiti da svolgere e dei ruoli rivestiti, comfort, fluidità ed accesso alle informazioni. Tuttavia appare chiaro che non sono solo questi elementi a creare un ambiente sereno ma anche far sentire il lavoratore accettato, ascoltato ed apprezzato concorrono ad un clima aziendale positivo.

Se lo si guarda da un altro punto di vista, *il clima lavorativo appare come il risultato della soddisfazione lavorativa dei singoli operatori*. Molto spesso la dimensione della QVP e del clima aziendale vengono indagate insieme (Muñoz-Seco, 2006) Gli interventi verranno poi costruiti facendo riferimento a 4 categorie di atteggiamenti individuati sui dipendenti:

- I “negativi”, che si caratterizzano con la conflittualità verso il management aziendale e si sentono emarginati rispetto alle dinamiche aziendali;
- I “rassegnati”, non hanno una buona opinione dell’azienda, si sentono poco partecipi ed emarginati. Questo gruppo tuttavia considera realisticamente l’azienda comprendendo che la situazione non è molto diversa in altre organizzazioni e che potrebbe essere peggio.
- Gli “integrali”, sono complessivamente soddisfatti dell’azienda. Contribuiscono con sincerità ed impegno al raggiungimento degli obiettivi aziendali.
- Gli “entusiasti”, sono coloro che hanno sposato la causa dell’azienda di cui ne condividono i valori. Hanno la consapevolezza di essere egli stessi l’organizzazione. Partecipano con dedizione ed entusiasmo.

Cap 2

Sistemi Sanitari

Sistema sanitario spagnolo

Il sistema sanitario spagnolo è stato costituito il 25 aprile 1986 attraverso la Legge Generale della Sanità. Sul territorio il principio del Sistema Nazionale di Salute si espleta mediante l'integrazione di diversi subsistemi sanitari pubblici.

Il Sistema Nazionale di Salute si basa sul principio secondo il quale a ogni persona deve essere garantito il diritto alla salute, indipendentemente dal ceto sociale, condizione economica o lavorativa. Lo Stato diventa quindi un responsabile organizzatore che finanzia il sistema sanitario attraverso le imposte pubbliche e si fa garante dell'equità delle cure e del diritto alla salute.

Le caratteristiche principali di questo modello sono 4:

- 1) Universalità delle cure; indipendentemente dallo stato sociale, finanziario e dell'affiliazione ad assicurazioni sanitarie.
- 2) Accessibilità e deconcentrazione; per garantire equità delle cure si sono istituita la "regionalità sanitaria", avvicinando le strutture e i servizi alla popolazione. Ha inoltre lo scopo di ridurre la concentrazione dei centri sanitari nei nuclei urbani.
- 3) Decentralizzazione; per quanto riguarda la gestione e le risorse sanitarie. Si sono intraprese delle politiche che mirano ad assicurare una sempre maggiore capacità di risposta alle necessità ed aspirazioni dei cittadini da parte dei professionisti e servizi sanitari.
- 4) Cure primarie; secondo una definizione universalmente accettata rappresenta l'assistenza sanitaria essenziale basata su metodi e tecnologie che sono scientificamente fondati e socialmente accettati. Le cure primarie sono poste alla portata di tutti gli individui e famiglie a un costo che sia la comunità che il paese possano affrontare; è disponibile per tutte le tappe di crescita con uno spirito di auto responsabilità e autodeterminazione.

Organizzazione del servizio di salute

A livello organizzativo si possono riconoscere 3 livelli:

- 1) Organizzazione dell'amministrazione centrale: L'organo fondamentale dell'amministrazione centrale è il Ministero della Sanità e Consumo. È incaricato alla proposta ed esecuzione delle direttive generali del Governo riguardanti le politiche di salute, assistenza sanitarie e consumo. Si impegna inoltre alla coordinazione di altre attività riguardanti la salute come ad esempio campagne per la promozione della salute.
- 2) Organizzazioni autonome: L'organizzazione territoriale dei servizi sanitari è di competenza delle Comunità Autonome. Si deve comunque basare su alcuni principi guida dettati dal Ministero della Sanità e Consumo e deve applicare il concetto di promozione della salute.

In ogni Comunità Autonoma si deve instaurare un servizio sanitario integrato per tutti i centri, servizi e istituzioni delle comunità, comuni o province rispettando le distinte giurisdizioni anche se questi servizi afferiscono, a livello funzionale, alla Sanità di ogni Comunità Autonoma.

- 3) Aree di salute: secondo la definizione data dalla Legge di Sanità, sono le strutture fondamentali del sistema sanitario; responsabili della gestione, prestazioni sanitarie e programmi sanitari unitari dei centri territoriali del servizio di salute della Comunità Autonoma cui afferiscono.

Le aree di salute sono definite prendendo in considerazione diversi fattori come area geografica, densità di popolazione, clima, situazione socioeconomica, epidemiologica e lavorativa, cultura, vie di comunicazione e installazioni sanitarie.

Al fine di ottenere una migliore assistenza sanitaria, le aree di salute si dividono a loro volta in aree sanitarie di base che costituiscono la struttura territoriale delle Cure Primarie.

Al fine di mantenere una comunicazione costante e diretta tra organi centrali e territoriali la Legge della Sanità Generale del 1986 prevede la costituzione di organo permanente: il CISNS. Come definito da questa stessa legge esso deve provvedere alla comunicazione e

informazione tra amministrazione statale e i vari servizi sanitari. Inoltre, prevede il coordinamento delle linee base della politica degli acquisti, contrattazioni di acquisto di prodotti farmaceutici e altri beni o servizi (Salvador, 2015).

A livello assistenziale si individuano due livelli previsti dal governo (Instituto de Información Sanitaria, 2007) :

- Assistenza primaria che prevede l'assistenza all'individuo, famiglia o comunità attraverso programmi di promozione, prevenzione, cura e riabilitazione è centrata sul territorio.

Le prestazioni erogate sono di carattere generale o specifiche.

Le generali riguardano:

- Prescrizione e realizzazione di prove diagnostiche
- Assistenza in consultorio o a domicilio
- Attività di prevenzione, promozione, assistenza, cura e riabilitazione

Le specifiche riguardano:

- Assistenza alla donna
- Assistenza all'infanzia
- Assistenza agli adulti ed anziani
- Assistenza in caso di urgenza
- Assistenza alla salute bucodentale

- Assistenza specializzata che è l'assistenza nei casi di maggiore complessità e si attua negli ospedali.

Le prestazioni erogate sono:

- Assistenza ambulatoriale in consultorio
- Assistenza ambulatoriale in regime di Day Hospital
- Assistenza in regime di ospedalizzazione
- Assistenza in Salute Mentale
- Assistenza nel servizio di Urgenza ed Emergenza

Comunità autonoma di Catalogna

Come già accennato in precedenza, la politica spagnola prevede una divisione del territorio nazionale in 17 comunità autonome (Gobierno de España, 2015).

Esse godono di un ampio margine di autonomia; oltre alla funzione esecutiva infatti possono sviluppare la legislazione statale di base approvando leggi proprie che vigono entro il proprio territorio di competenza. I limiti di queste libertà sono sanciti dalla Costituzione.

La Comunità Autonoma dove si è svolta la ricerca è la Catalogna. Questa regione comprende un territorio di 32.108,0 Km² con una densità di popolazione di 234,2 ab/Km² (IDESCAT, 2014).

Ogni 5 anni viene stilato dal Dipartimento della Salute il Piano di Salute della Catalogna che è lo strumento in grado di fornire un quadro dei provvedimenti pubblici in materia di salute. Oltre alla valutazione del raggiungimento degli obiettivi prefissati e i relativi risultati di salute ottenuti, il Piano di Salute prevede elementi di carattere assistenziale e di gestione che permette di avere una chiara visione di come sarà il sistema sanitario in Catalogna fino alla scadenza del Piano (Departament de Salut, 2012).

Sistema sanitario italiano

Il Servizio sanitario nazionale (SSN), costituito nel 1978 a seguito della norma N°883, è un sistema di strutture e servizi che hanno lo scopo di garantire a tutti i cittadini, in condizioni di uguaglianza, l'accesso universale all'erogazione equa delle prestazioni sanitarie, in attuazione dell'art.32 della Costituzione, che recita:

"La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana".

Il Ministero della Sanità fu istituito nel 1958 con il mandato di mettere in pratica i principi dell'articolo 32. I principi su cui si fonda questo modello sono di uguaglianza, globalità e territorialità.

Al fine di assicurare a tutti il diritto alla salute si non definiti dei LEA ovvero i livelli essenziali di assistenza. Sono costituiti dall'insieme delle attività, dei servizi e delle prestazioni che il SSN eroga a tutti i cittadini gratuitamente o con il pagamento di un ticket, indipendentemente dal reddito e dal luogo di residenza.

Il SSN è composto da vari organi di responsabilità e di governo:

- 1) Livello centrale: È rappresentato dal Ministero della Salute che coordina il PSN, il Consiglio Superiore di Sanità (CSS), Istituto Superiore di Sanità (ISS), Istituto Nazionale Assicurazioni Infortuni sul Lavoro (INAIL), Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGE.NA.S.), gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), gli Istituti Zooprofilattici Sperimentali (IZS), l'Agenzia Italiana per il Farmaco (AIFA).
- 2) Livello territoriale: gli Enti ed Organi sul territorio sono costituiti da Regioni e Province Autonome, Aziende Sanitarie Locali (ASL) e Aziende Ospedaliere (AO).

Le ASL sono dotate di personalità giuridica pubblica con autonomia amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica. Provvedono a organizzare l'assistenza sanitaria nel proprio ambito territoriale ed erogarla tramite strutture pubbliche o private accreditate.

L'AO è invece l'ospedale di rilievo regionale o interregionale che costituisce egli stesso un'Azienda in quanto possessore di determinate caratteristiche. Hanno il compito di assicurare l'erogazione di prestazioni sanitarie nel rispetto delle modalità e regimi appropriati. Gli ospedali che non costituiscono aziende rimangono all'interno dell'ASL sotto il nome di "presidi ospedalieri" pur mantenendo una certa autonomia gestionale (Ministero della Salute, 2013).

Ogni 3 anni viene realizzato il Piano Sanitario Nazionale che individua dei punti focali e degli obiettivi ai quali gli enti territoriali devono adempiere. Entro centocinquanta giorni

dalla data di entrata in vigore del Piano sanitario nazionale, le Regioni adottano o adeguano i propri Piani sanitari regionali, trasmettono al Ministro della salute gli schemi o i progetti allo scopo di acquisire il parere dello stesso per quanto attiene alla coerenza dei medesimi con gli indirizzi del Piano sanitario nazionale (Ministero della Salute, 2012).

Cap 3

Servizi di cure primarie

Servizio CAP in Catalogna

La struttura presso la quale si è volta l'indagine in Spagne è il CAP Can Rull. Questo centro di attenzione primaria si trova ad Ovest della città di Sabadell, vicino a Terrassa e a Barcellona, capitale della Comunità Autonoma della Catalogna.

Questo CAP fornisce assistenza medica ed infermieristica per tutto l'arco della giornata ed è composto strutturalmente da tre piani. Il primo è il sotterraneo che è utilizzato come magazzino e per le installazioni; al piano terra c'è la reception dove si eseguono anche le prenotazioni di prestazioni sanitarie ed altri servizi come la richiesta di assistenza domiciliare o il cambio di medico. Seguono poi gli ambulatori dei pediatri, medici di base e degli infermieri di famiglia pediatrici e per adulti. È inoltre presente una stanza adibita ai prelievi alla mattina e un'altra riservata alle emergenze con defibrillatore e carrello delle emergenze sempre disponibile. Al primo piano troviamo invece altri ambulatori di medici di famiglia con relativi infermieri di famiglia per adulti, i servizi sociali, i dentisti e una stanza dedicata alla formazione. Qui il responsabile di struttura, un'infermiera, riunisce il personale per svolgere riunioni, incontri informativi di nuovi protocolli, teleconsulti e aggiornamenti.

L'Area Basica di Salute dove ha sede il CAP Can Rull non comprende solo il settore municipale di Can Rull ma anche i quartieri Via Alessandria, Cifuentes, Plaza Ròmulo, Castellarnau, Can Bernardo e parte del Can Long.

La mission del centro è quella di donare un'assistenza primaria di qualità alle persone, famiglie o comunità; rinforzare il concetto di autocura per migliorare la responsabilità del singolo verso la propria salute; offrire un'assistenza sanitaria che porti benessere e coesione sociale.

La Corporazione Sanitaria Parc Taulì, la struttura a cui fa riferimento il CAP Can Rull, ha sviluppato un modello di assistenza primaria di stile proprio che vuole avvicinarsi alla popolazione locale. Per fare questo ha coordinato la distribuzione dell'assistenza sociosanitaria ai comuni di sua competenza in un quadro di gestione condivisa con il Dipartimento della Salute e il supporto del Servizio di Salute Catalano. Ciò significa che le strutture di assistenza primaria sono state distribuite nel territorio in modo tale da

assicurare una sorta di “*assistenza di quartiere*” che si basa sui valori di equità, assistenza risolutiva, personalizzata e di qualità, sostenibilità, comunità assistenziale, soddisfazione ed efficienza.

Nella gerarchia del sistema sanitario spagnolo il CAP si situa come illustrato dalla figura 1.

Figura 1: Il CAP nel sistema sanitario



Come personale del CAP Can Rull è formato da 13 medici di base, 4 pediatri, 15 infermieri dei quali sono presenti anche infermieri pediatrici e ostetriche (in Spagna l’Ostetrica è una specialistica dell’infermiere), dentisti, assistenti sociali, odontoiatri, personale ausiliario ed infine addetti alla reception, alla manutenzione e alla pulizia.

Questo centro offre dei servizi per la cura e l'assistenza come la medicina comunitaria e di famiglia, il servizio dentistico, assistenza al donatore di emazie e i servizi sociali.

Sono inoltre presenti delle cure più specialistiche che sono presenti ambulatorialmente solo in giorni prestabiliti come quelle psicologiche, psichiatriche e reumatologiche.

Il servizio infermieristico è invece aperto a tutti i cittadini che necessitano di assistenza sanitaria, prevenzione delle malattie, promozione della salute. La struttura direttiva del CAP è illustrata nella Figura 2.



Figura 2: Organigramma della struttura direttiva a cui il CAP fa riferimento. Tratta da (Braut, 2015).

Il servizio ADI nel sistema delle ASL

Il servizio ADI, parte importante del Distretto Socio-Sanitario nell'ambito delle "Cure Primarie", consiste nell'erogazione integrata di interventi di carattere socio-assistenziale e sanitario a domicilio, a sostegno della famiglia. L'infermiere che lavora in questo servizio è quindi in contatto con molte altre figure professionali ed è parte attiva dell'equipe. In questo contesto l'infermiere si prende cura del paziente creando una continuità assistenziale, qualora ce ne fosse bisogno, tra ospedale o struttura assistenziale e residenza

del paziente. Vengono quindi individuati i bisogni della persona e viene definito un progetto assistenziale individualizzato che mira al benessere e all'autonomia dell'individuo.

E' rivolta a soggetti in condizione di non autosufficienza o ridotta autosufficienza temporanea o protratta derivante da condizioni personali critiche ancorché non patologiche o specificamente affetti da patologie croniche a medio lungo decorso o da patologie acute trattabili a domicilio che necessitano di assistenza da parte di una équipe multiprofessionale. E' rivolta altresì a pazienti oncologici in fase critica e/o terminale.

Ha come obiettivo:

- Migliorare la qualità di vita e benessere di paziente e famiglia
- Evita i ricoveri o le istituzionalizzazioni improprie
- Consente di anticipare la dimissione, qualora le condizioni lo permettano

Per includere un paziente nelle cure domiciliari devono sussistere alcune caratteristiche: ridotta autosufficienza, complessità assistenziale, idoneità delle condizioni socio-ambientali e necessità di assistenza primaria (DGR 606, 2001).

(Per visionare l'organigramma che individua la figura dell'infermiere a livello direttivo sia nel contesto italiano che spagnolo consultare l'Allegato 1)

Cap 4

Ricerche precedenti

Studi in Spagna

Sono già stati realizzati in precedenza degli studi per valutare la qualità lavorativa percepita sia dal personale sanitario in generale che nello specifico del personale infermieristico.

In Spagna la valutazione della qualità di vita lavorativa percepita dagli infermieri ha iniziato solo negli ultimi anni a prendere piede fino ad essere rilevata periodicamente in alcune strutture.

Una delle prime indagini condotta esclusivamente sul personale infermieristico delle cure primarie fu condotta nel 2007 a Soria nella Comunità Autonoma della Castiglia e Leon, utilizzando come strumento il QPL-35, ed è lo studio che viene utilizzato come metro di paragone con le due raccolte dati effettuate. Dai risultati si evidenzia un alto tasso di risposta. Delle tre dimensioni quella più alta è la “motivazione intrinseca” mentre “l’appoggio direttivo” ottiene quello più basso. Come risultato medio il punteggio maggiore va alla domanda “ho l’appoggio della mia famiglia” e quello più basso appartiene alla domanda “la mia azienda lavora per migliorare la qualità di vita del mio posto” (Fernàndez Araque, 2007).

Un altro studio spagnolo ha voluto indagare il clima lavorativo nel servizio delle cure primarie nell’area di Madrid. I risultati di questa indagine confermano che l’area più critica è quella dell’appoggio direttivo in quanto anche in questo caso i professionisti richiedono più condivisione delle decisioni, la possibilità che le proprie idee siano considerate e applicate nella pratica (M.T. Jubete Vázquez, 2005).

Sebbene il QPL-35 sia largamente utilizzato per valutare la qualità di lavoro percepita nelle cure primarie, alcuni recenti studi lo hanno visto protagonista anche in ambito ospedaliero (Beatriz Alvarez Cueto, 2013; Susana Albanesi de Nasetta, 2012).

Lo strumento del questionario si inizia ad utilizzare anche per valutare il cambiamento della QVP a seguito di cambiamenti a livello manageriale (Jesus Martin-Fernandez, 2007).

Un grosso passo avanti nell’analisi della qualità di vita percepita avvenne nel 2004. In questo anno il Dipartimento della Salute ha svolto un’indagine distribuendo un questionario, elaborato dallo stesso Dipartimento, a tutto il personale infermieristico coinvolto nell’attenzione primaria (compresa quindi anche l’assistenza domiciliare) nel

territorio dell'intera catalogna. L'obiettivo era quello di individuare le variabili organizzative e sociodemografiche critiche e relazionarle con il tipo di attività infermieristica svolta nelle equipe dell'attenzione primaria. In particolare lo studio ha lo scopo di capire quali elementi influiscono al raggiungimento dell'eccellenza nella pratica infermieristica.

Da questo studio sono emersi dei punti di forza come ad esempio la voglia del personale di migliorare nella loro pratica clinica, una buona collaborazione con gli altri membri dell'equipe, un buon livello di promozione e prevenzione della salute e una buona assistenza alla patologia acuta.

Dai punti di debolezza che andrebbero quindi migliorati per poter tendere all'eccellenza si ricava che si dovrebbe migliorare la comunicazione dall'assistenza domiciliare alle cure primarie e viceversa e con la comunità, evitare che accada la prescrizione di ricette mediche fatte dall'infermiere, definire i protocolli prioritari per la promozione della salute, potenziare la pianificazione infermieristica nelle cure primarie (Departament de Salut, 2007).

Studi in Italia

In Italia l'utilizzo del questionario QPL-35 non ha preso l'avvio. Sebbene si utilizzino altri tipi di questionari, nel panorama italiano la ricerca si è concentrata per lo più sulla valutazione e prevenzione della sindrome del Burnout (Patrizia Ciammella, 2013). Il Burnout è una condizione molto sentita nella nostra realtà, per le conseguenze che porta ma anche per l'importante impatto mediatico che continua ad avere. Si ritiene causato da uno stress cronico del lavoratore che può causare depressione, ansia, irritabilità, insonnia, dipendenza da sostanze, una ridotta qualità della vita lavorativa e della salute e nei casi più estremi il suicidio. Questa sindrome è sicuramente una condizione importante da monitorare negli operatori sanitari i quali considerati i soggetti più a rischio in quanto è riscontrabile con maggiore frequenza in tutti quei soggetti impegnati in attività assistenziali (S. Tabolli, 2006).

La ricerca sulla qualità lavorativa percepita da parte degli operatori è ancora un capo relativamente nuovo che solo negli ultimi anni ha iniziato a coinvolgere le aziende sanitarie. In queste indagini non vengono tuttavia considerati solo gli infermieri. Viene infatti indagato o solo il personale medico oppure il personale sanitario viene diviso in

classi e raggruppato insieme ad altri professionisti come già abbiamo visto fare in precedenti studi esteri (Cominetti Laura, 2013).

Un elemento comune a tutti questi studi; sia che siano stati svolti in Italia o in Spagna, è l'obiettivo di riproporre il medesimo questionario dopo un'unità di tempo definita.

Ciò ha lo scopo di valutare se ci sono dei cambiamenti a seguito di interventi attuati oppure semplicemente indentificarne i cambiamenti studiando sempre la medesima realtà.

C'è però da sottolineare che molti studi sia stranieri che italiani difficilmente prendono in considerazione il solo personale infermieristico. Molto spesso invece il personale sanitario viene diviso in gruppi ed in questa suddivisione la figura dell'infermiere viene classificata insieme a fisioterapisti, OSS, ostetriche o fisioterapisti (J.A.Cortès Rubio, 2003)

Si rende quindi necessario fare ricerca indagando unicamente sugli infermieri in modo tale da poter capire i problemi specifici della categoria e poter intervenire in maniera mirata.

I risultati di queste ricerche ci aiutano a conoscere la situazione attuale e servono come punto di partenza per elaborare e attuare misure finalizzate a migliorare la qualità di vita dei professionisti, intervenendo nelle variabili più critiche e nelle dimensioni peggiori emerse dagli studi (Fernández Araque, 2007).

Per maggiori dettagli consultare l'Allegato 2.

Cap 5

Materiali e metodi

Scopo ed obiettivi

Lo studio condotto è di tipo descrittivo trasversale e ci permette di conoscere la percezione della qualità della vita professionale dei due contesti (quello Spagnolo e quello Italiano) permettendoci di capire non solo gli items più critici e conseguenti punti di forza per la professione infermieristica ma anche se esistono delle correlazioni tra l'appoggio direttivo, motivazione intrinseca e il carico di lavoro nella percezione della qualità lavorativa.

Il tipo di popolazione preso in considerazione è di infermieri di famiglia per quanto riguarda il contesto spagnolo, mentre per l'Italia è stato coinvolto il servizio infermieristico dell'ADI. Questa scelta si è basata sul fatto che i due servizi sono entrambi una "porta d'entrata" da parte degli utenti al SSN e sono le figure alle quali la persona con problemi di salute e la propria famiglia fanno riferimento durante il proprio percorso di malattia. Questi dati verranno poi comparati a quelli ottenuti in una precedente indagine pilota svolta a nelle cure primarie di Soria in Castiglia e Leon (Fernández Araque, 2007).

Questo lavoro mira alla valutazione della qualità del lavoro percepita dagli infermieri con mansioni operative e non dirigenziali.

Sedi di ricerca

In Spagna è stato somministrato il questionario con allegato il foglio del consenso e la spiegazione del progetto di tesi, a tutto il personale infermieristico del CAP Can Rull di Sabadell (Barcellona). I documenti sono visionabili rispettivamente nell'Allegato 3 e 4. In questo caso è stata inclusa nella ricerca anche la caposala in quanto, in questo contesto, il ruolo di coordinatrice era sovrapposto a quello operativo. È stata invece esclusa la dirigente della struttura che sebbene sia un'infermiera, ricopre un ruolo puramente dirigenziale. Il campione disponibile è di 15 infermieri di cui 13 hanno risposto.

In Italia, dopo aver ottenuto le approvazioni da parte della Direzione e delle Caposala del Distretto Sud e Nord, si somministra il questionario (Allegato 5) con allegato il foglio di consenso e la spiegazione del progetto (Allegato 6) e una scheda anagrafica (Allegato 7). Nella scheda anagrafica si chiede di indicare età, sesso, numero di anni di servizio presso l'ADI, sede di lavoro (Conegliano, Farra di Soligo e Vittorio Veneto), se si possiede un

titolo di studio universitario o regionale; se è una laurea o un diploma ed infine l'anno di conseguimento dello stesso.

Per la Spagna si è utilizzato il questionario originale validato mentre per l'Italia, non esistendo la versione tradotta, si è utilizzata una traduzione libera. Per facilitare la comprensione nel contesto italiano si sono ordinati gli items raggruppandoli in 4 categorie. Il campione italiano è composto da 49 infermieri di cui 24 hanno risposto al questionario.

Strumento utilizzato

Lo strumento utilizzato per la raccolta dati è il QPL-35; visionabile nell'Allegato 4. È stato scelto questo questionario validato in quanto è uno dei questionari più utilizzati in campo sanitario in Spagna e nell'America Latina per la valutazione della qualità del lavoro percepita. Questo strumento tuttavia non nasce dai paesi latini ma è bensì un'idea dello psicologo svedese trapiantato in America negli anni ottanta, Robert Karasek, che si interessò all'importante ed attuale questione dello stress e le sue relazioni con l'ambiente di lavoro. (Robert Karasek, 1989) Il questionario è stato costruito basandosi sul modello di domanda-controllo elaborata dallo psicologo e fu validato poi in lingua spagnola (Jesùs Martin-Fernandez, 2007).

Caratteristiche metriche

Al momento di decidere il tipo di questionario più idoneo per l'investigazione, oltre a considerare la frequenza di utilizzo dello strumento, se ne è ricercata l'affidabilità in letteratura.

Ciò che è emerso è che da studi effettuati sulle caratteristiche metriche del questionario (consistenza interna, capacità discriminativa e composizione fattoriale) è che questo strumento mantiene le sue caratteristiche anche se utilizzato in ambienti differenti e che può essere quindi proposto come elemento non solo per la raccolta dei dati ma anche per la loro comparazione nell'attenzione primaria (Jesùs Martin, 2004).

Il questionario QPL-35 è composto da 35 affermazioni alle quali l'operatore si esprime attraverso una scala numerica che va dall'1 al 10. Questa scala è a sua volta suddivisa in categorie di accordo: "niente" per i valori di 1, 2 e 3; "poco" valori 4 e 5; "abbastanza" valori 6, 7 e 8; "molto" valori 9 e 10.

Precedenti studi hanno individuato 3 categorie per poter spiegare la composizione fattoriale del questionario: “Appoggio direttivo”, “Carico di lavoro” e “Motivazione intrinseca”. Altri studi utilizzano diverse suddivisioni per esempio “Appoggio sociale” o “Discomfort derivato dal lavoro” (R. Sànchez Gonzàlez, 2003). In altri studi si decide di isolare la domanda numero 34 e inserirla con una denominazione a parte ovvero la “qualità della vita” in quanto questo item chiede espressamente all’operatore di esprimere la propria qualità di vita lavorativa e non può quindi essere inserito in nessun’altra categoria (Ana Maria Fernàndez Araque, 2007). Nell’elaborazione dei dati di questo lavoro di ricerca si utilizza quest’ultima suddivisione.

Analisi dei dati

Come variabile dipendente si prende la “qualità della vita” che è racchiusa nell’item 34; mentre come variabili indipendenti tutto il resto degli items.

Vengono considerate come variabili indipendenti le tre dimensioni: appoggio direttivo, motivazione intrinseca e carico di lavoro. Esse raggruppano tutti gli items tranne quello riferito alla qualità della vita. La loro divisione nelle suddette dimensioni si possono visionare nell’Allegato 5.

La dimensione dell’appoggio direttivo è composta da 13 items e si riferisce all’appoggio emotivo ricevuto dalla direzione; il carico di lavoro, che comprende 11 items, indaga la percezione della quantità e qualità del proprio lavoro ed infine la motivazione intrinseca fa riferimento alle risorse interne del lavoratore ed è composta da 10 items.

Nell’analisi statistica del questionario si realizza uno studio descrittivo delle variabili quantitative ottenendo la Media, Deviazione, Intervallo di Confidenza (IC al 95%) ed ottenendo percentuali sulle variabili.

Si utilizza la Correlazione di Pearson per comparare le 4 dimensioni con l’item 34 “qualità della vita”, con lo scopo di determinare la relazione di quest’ultimo con le altre dimensioni.

Una volta raccolti i questionari si procede con la loro registrazione in EXCEL.

Limiti

In primo luogo va considerato che la compilazione del questionario è a base volontaria. Questo implica che esiste un bias di selezione ovvero è lecito pensare che le persone che hanno risposto abbiano delle caratteristiche differenti rispetto a quelle di chi invece non ha risposto. Essendo anonimo non è possibile inoltre risalire al singolo operatore per verificare la mancata risposta al questionario o a sue parti.

Vanno considerati due tipi di limiti alla ricerca:

- Limiti contestuali: le due realtà oggetto di studio sono differenti sia dal punto di vista legale che organizzativo.
- Limiti legati allo strumento: nel contesto italiano il questionario è stato tradotto a mano libera dall'originale in castigliano e gli items sono già stati raggruppati in categorie al momento della somministrazione mentre per indagare la realtà spagnola si è utilizzato l'originale, dove non sono presenti raggruppamenti.

Cap 6

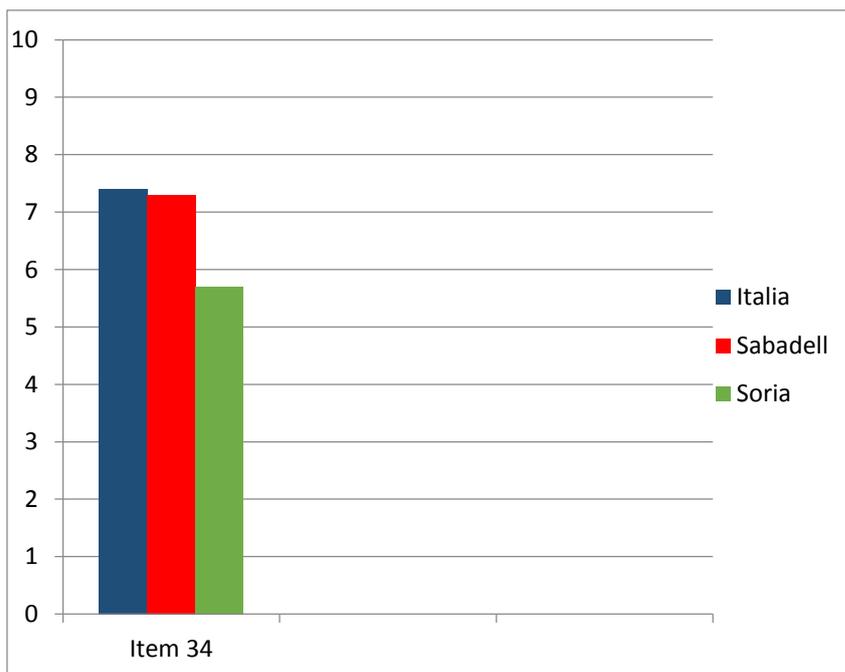
Risultati

La partecipazione allo studio è di 13 questionari su 15 per la Catalogna (Sabadell), con un tasso del 86.66%. Una delle due unità statistiche che non hanno risposto era in maternità. In Italia la partecipazione è stata minore: hanno risposto al questionario 24 infermieri su 48 con un tasso di 50%. Nello studio pilota a Soria si ha avuto un alto tasso di risposta (100%) in quanto furono consegnati e ricevuti 20 questionari.

In tutti e tre gli studi si hanno avuto alcuni questionari cui alcune domande non è stata data risposta. Per facilitare la lettura ed analisi i questionari sono stati numerati in modo casuale con una scala che va dall'1 al 24 per l'Italia e dall'1 al 13 per Sabadell. In Italia il questionario n. 19 non ha risposto agli items 10 (Ho l'appoggio dei miei superiori), 18 (Mancanza di tempo per la vita personale), 19 (Scomodità fisica del lavoro), 21 (Carico di responsabilità adeguato), 24 (Interruzioni moleste che possono disturbare l'attività lavorativa), 25 (Lo stress è adeguato, in riferimento allo sforzo emozionale) e 33 (Il mio lavoro ha conseguenze negative per la mia salute). Il questionario n.10 non ha risposto alla domanda 24 (Interruzioni moleste) e il n. 5 alla domanda 1 (Il carico di lavoro che ho è adeguato). Nel CAP di Sabadell invece: il questionario n.1 non risposto alla domanda 35 (Ho l'appoggio dei miei colleghi nel caso di assegnazione di responsabilità direttive); il n. 3 non ha risposto correttamente alla domanda n. 19 (Scomodità fisica del lavoro); il questionario n. 4 non ha risposto alle domande n 12 (Ho l'appoggio della mia famiglia), 34 (La qualità del mio lavoro è buona) e 35 (Ho l'appoggio dei miei colleghi nel caso di assegnazione di responsabilità direttive). I questionari n. 5 e 6 non hanno risposto alla domanda numero 35 (Ho l'appoggio dei miei colleghi nel caso di assegnazione di responsabilità direttive) ed il questionario n. 6 non ha risposto alla domanda n 3 (Sono soddisfatto della retribuzione). Il questionario n. 8 non ha risposto dalla domanda n 29 (Il mio lavoro è importante per la vita di altre persone) alla 35 (Ho l'appoggio dei miei colleghi nel caso di assegnazione di responsabilità direttive). Neanche il questionario n. 9 non ha risposto a quest'ultimo item. Il n. 11 non ha risposto alla domanda n 5 (Sono riconosciuti gli sforzi fatti); il n. 13 non ha risposto alla domanda n 9 (Sono motivato). Nello studio pilota un questionario non ha risposto alla domanda n. 34 (La qualità di vita del mio lavoro è buona). Questi dati sono spiegati in modo più chiaro nell'Allegato 14.

Il punteggio medio ottenuto sulla domanda riguardante la QVP globale (item 34 “La qualità di vita del mio lavoro è buona”) è molto simile per Italia e Sabadell (rispettivamente 7,4 e 7,3 su 10) mentre lo studio pilota di Soria ha ottenuto un punteggio di 5,7 su 10. Vedi Figura 3.

Figura 3: Medie dell’Item 34 (La qualità di vita del mio lavoro è buona) per paese in scala Likert da 1 a 10.



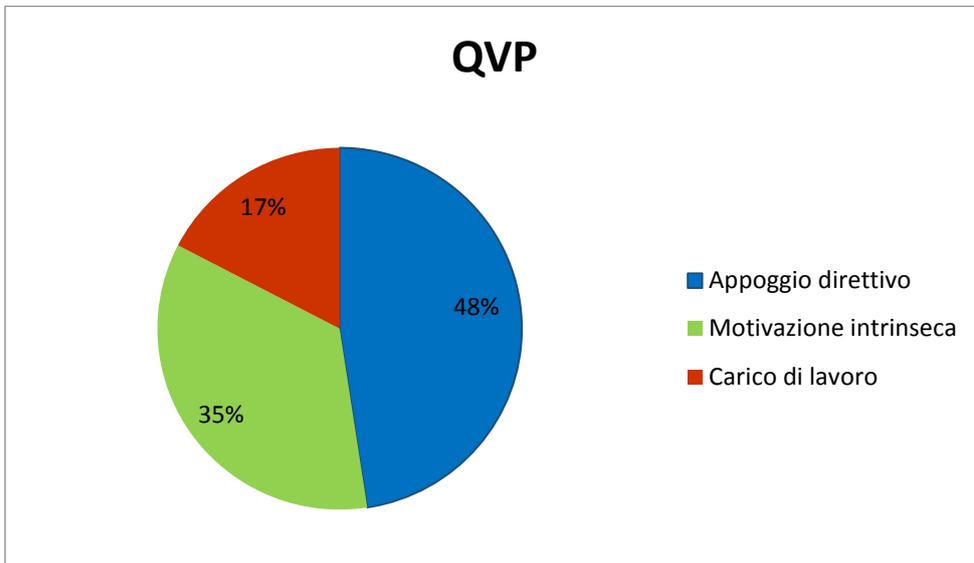
Si analizza inoltre la percentuale di accordo alla domanda numero 34 suddividendo le risposte ricevute in 5 categorie: i due numeri più bassi (1-2) che esprimono una bassa qualità di vita, i valori medio/bassi (3-4-5), quelli medio/alti (6-7-8) ed infine i due valori (9-10) che esprimono una QVP molto alti. Viene inoltre individuata un’ultima categoria alla quale afferiscono le mancate risposte all’Item. Vedi Tabella I.

Tabella I. Percentuali di punteggio ottenute nei tre paesi dell’item 34 (qualità di vita professionale globale) in scala Likert (da 1 a 10).

	Italia	Sabadell	Soria
1-2 (bassa)	0%	0%	5%
3-4-5 (medio-bassa)	8%	8%	45%
6-7-8 (medio-alta)	79%	54%	40%
9-10 (alta)	13%	15%	5%
Non risposto	0%	23%	5%

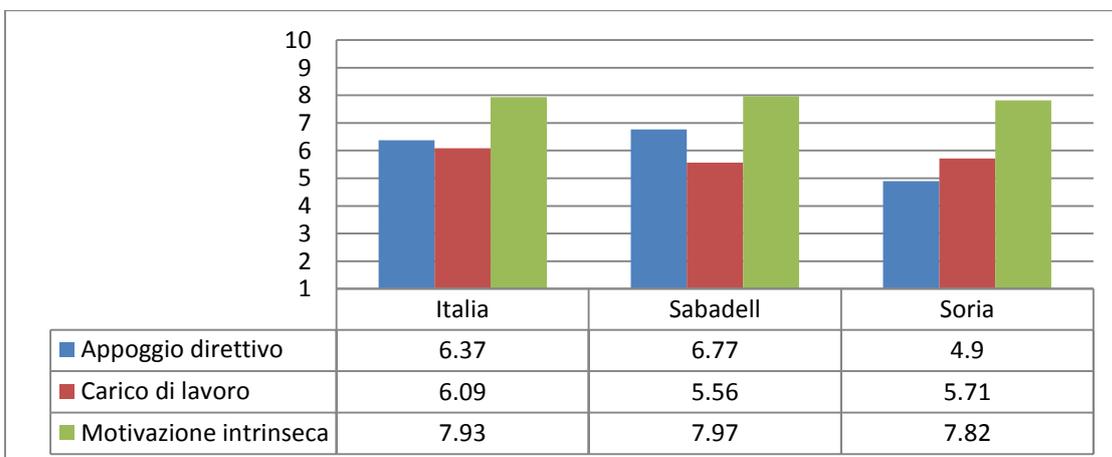
Per quanto riguarda le dimensioni, la QVP percepita è composta per un 47,1% dall'“appoggio direttivo”, per un 34,7% dalla “motivazione intrinseca” e per un 17,2% dal “carico di lavoro”. Vedi Figura 4.

Figura 4: Percentuale di distribuzione delle dimensioni nella QVP.



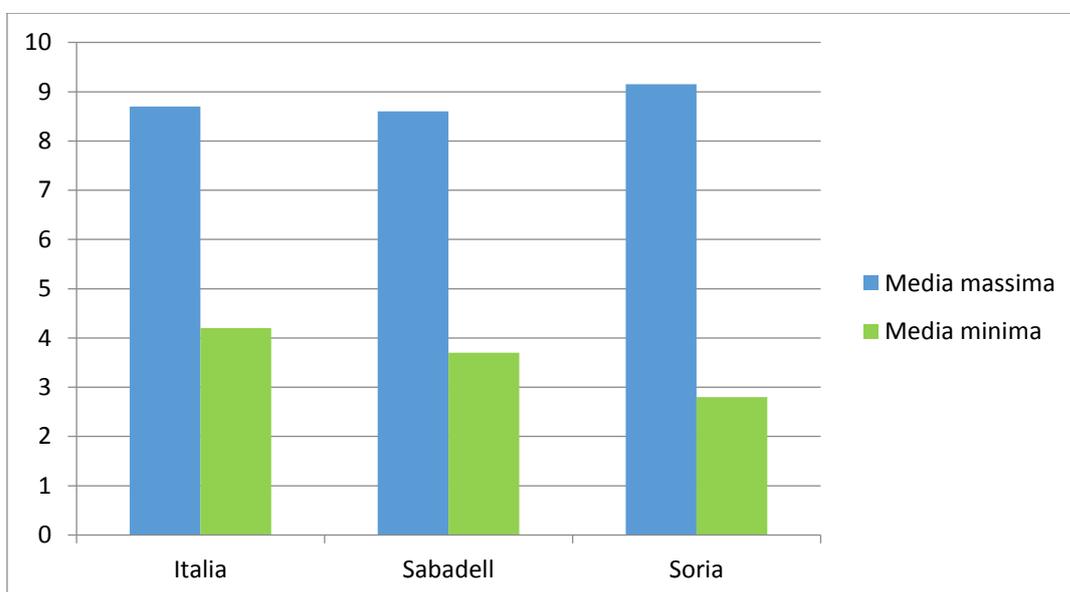
In relazione alle tre dimensioni la media più alta si è rivelata essere la “motivazione intrinseca” per tutte e tre le raccolte dati. Segue poi “l'appoggio direttivo” per Sabadell e l'Italia mentre per Soria il secondo punteggio più alto è il “carico di lavoro”. Per la comparazione in tabella delle deviazioni standard, medie e IC 95% delle dimensioni consultare l'Allegato 10. Vedi figura 5.

Figura 5: Medie delle tre dimensioni della QVP nei tre studi.



Non risultano variazioni significative tra la QVP globale e variabili sociodemografiche o lavorative ottenuti dal campione italiano. Questo risultato è sostenuto dalla letteratura dalla quale si evince che non sembra esserci una relazione sicura tra età, sesso, numero di figli, stato sociale. Nella ricerca svolta a Soria emerge solo un punteggio più alto negli operatori che lavorano nei centri urbani rispetto a quelli nei centri rurali. Nel campione Italiano non è stata utilizzata la variabile del luogo di lavoro in quanto non esiste nel contesto dell'ULSS7 tale suddivisione territoriale. Per visionare le variabili sociodemografiche di Soria e dell'Italia consultare l'Allegato 11. Il punteggio medio minimo per l'Italia è stato rilevato nel quesito "Ho possibilità di promozione" e il più alto nel "Mi sento orgoglioso del mio lavoro". Per la Catalogna invece il punteggio medio più basso è stato per la domanda "Ci sono conflitti con altre persone del mio lavoro" mentre hanno ottenuto il punteggio più alto gli items "Ho l'appoggio della mia famiglia" e "il mio lavoro è importante per la vita di altre persone". Nello studio di Soria la media più bassa riguarda "La mia azienda lavora per migliorare la qualità di vita del mio posto" e la più alta "Ho l'appoggio della mia famiglia". Vedi Figura 6.

Figura 6: Medie massime e minime nei tre studi



La prova di correlazione di Pearson è stata applicata a tutti gli items in relazione alla QVP globale (Allegato 12). Questa prova è stata applicata anche alle dimensioni. In tutti e tre gli studi risulta esserci una relazione tra "appoggio direttivo e QVP" e "motivazione intrinseca" e QVP mentre non sembra esistere una relazione significativa tra carico di lavoro e QVP.

Cap 7

Discussione e conclusioni

I tassi di risposta ottenuta sono alti il che indica verosimilmente un interesse del personale sanitario al tema della Qualità di Vita Professionale percepita. La QVP media di Sabadell e dell'Italia sono nettamente più alte rispetto ad altre ricerche svolte.

Le variabili sociodemografiche non apportano molte informazioni. Questo potrebbe derivare dal fatto che i campioni sono per età e tipo di centro abbastanza omogenei, mentre per quanto riguarda la variabile del sesso le unità statistiche maschili che hanno preso parte allo studio sono insufficienti per poter fare ragionamenti di genere. I risultati ottenuti da queste tre raccolte dati sulla bassa influenza delle caratteristiche sociodemografiche sulla QVP sono confermate dalla letteratura. Non sembrano infatti influire stato civile, età o numero di figli (P. Ciammella, 2012). Solo in alcune ricerche rilevano una QVP maggiore nelle donne (E. Muñoz Seco, 2006) mentre nella raccolta dati di Soria emerge che gli operatori che svolgono la loro attività in centri urbani sono un po' più soddisfatti rispetto a quelli inseriti in contesti rurali. Sarebbe auspicabile sottoporre la scheda anagrafica e questionario ad un campione più grande e vario con più variabili sociodemografiche per poter avere una visione più chiara delle relazioni.

L'appoggio familiare risulta essere molto alto e i conflitti al lavoro bassi. Va fatta una considerazione sulla creatività: dai risultati ottenuti in tutti e tre gli ambienti si evidenzia una voglia da parte degli infermieri di essere creativi ma poche possibilità per esserlo. Omogeneo è anche il risultato della buona capacità degli operatori di riuscire a staccare a fine della giornata lavorativa. Gli infermieri italiani rispetto a quelli spagnoli accusano una mancanza di tempo per la vita personale minore (il doppio rispetto a quelli di Soria). Emerge dai risultati la sensazione da parte dell'infermiere in tutti e tre i casi di consapevolezza dell'importanza e orgoglio provato per il proprio lavoro e ritengono di avere le capacità per svolgerlo. L'appoggio dei colleghi risulta alto in tutti e tre gli studi mentre quello dei superiori è buono sia per l'Italia che per Sabadell. L'item che indaga la "percezione che l'azienda tratti di migliorare il posto di lavoro" ha dato luogo ad una disomogeneità di risultato: Soria ha ottenuto un punteggio molto basso, l'Italia

medio/bassa mentre Sabadell un punteggio medio/alto. Risulta inoltre buona la possibilità che le proprie proposte siano ascoltate ed applicate in Italia e Sabadell.

Si può affermare che davanti ad un aumento dell'appoggio direttivo e della motivazione intrinseca aumenterebbe di conseguenza anche la QVP. Il discorso inverso è da fare per il carico di lavoro che è infatti inversamente proporzionale alla QVP. Dalla prova di correlazione svolta sulle tre dimensioni si evince che l'appoggio direttivo influenza pesantemente la QVP mentre la motivazione intrinseca impatta in forma minore. Il carico di lavoro non sembra influire sulla QVP.

In conclusione, per confermare tali risultati è necessario svolgere altre ricerche simili, su infermieri delle Cure Primarie tramite il questionario QPL-35, con una scheda anagrafica più ampia. Si dovrebbe inoltre cercare un campione che sia non solo ampio ma anche con caratteristiche sociodemografiche intrinseche più varie.

Questi risultati aiutano a capire qual è la situazione attuale, i punti di forza da incoraggiare e quelli di debolezza da migliorare; potendo confrontare i propri risultati con quelli ottenuti in altre realtà. L'analisi di ogni item e dimensione permette di elaborare degli interventi mirati e su misura evitando così perdite di risorse e tempo. È auspicabile la somministrazione del questionario QPL-35 non solo a seguito di interventi per migliorare la QVP o di cambiamenti interni ma anche ad intervalli regolari di tempo. Questo perché la QVP è influenzata da numerose variabili che sono difficilmente controllabili senza una regolare valutazione.

Ancora molto c'è da fare su questo fronte ma c'è anche da riconoscere che molto è stato fatto negli ultimi anni. Si è conquistata la consapevolezza che l'azienda sanitaria è fatta di persone, la cui qualità di vita professionale influenza direttamente la qualità percepita dall'utenza.

I risultati di questa ricerca mettono in luce come più che indirizzare le politiche di miglioramento alla riduzione del carico di lavoro dei dipendenti (che prevedono di norma riorganizzazioni costose in termini di costi e tempo), sia invece più efficace un aumento dell'appoggio direttivo. Il coinvolgimento del personale in attività di *team-building* e una direzione più aperta e flessibile potrebbero migliorare la QVP.

Conclusioni

Per avvicinare il personale alla direzione, stimolare la creatività degli infermieri e svolgere allo stesso tempo un'attività di *team-building* si potrebbero svolgere delle attività di ricerca scientifica proposte dagli operatori stessi.

Le attività di indagine potranno essere proposte da tutti gli infermieri e fatte pervenire ai propri referenti aziendali a tutti i livelli che provvederanno a valutare le proposte, che siano fattibili e coerenti, ed a coordinare il personale per la realizzazione del progetto.

L'ingente quantità di informazioni che passano per le mani degli infermieri potrebbero così essere sfruttati al meglio, permettendo agli operatori di vedere anche pubblicate le loro ricerche stimolandoli quindi ad un miglioramento continuo e a vedere i risultati dei loro sforzi. Sarebbe inoltre positivo per l'azienda avere un'attività di ricerca maggiore per promuovere l'organizzazione stessa non solo in ambienti scientifici ma anche per l'utenza.

BIBLIOGRAFIA

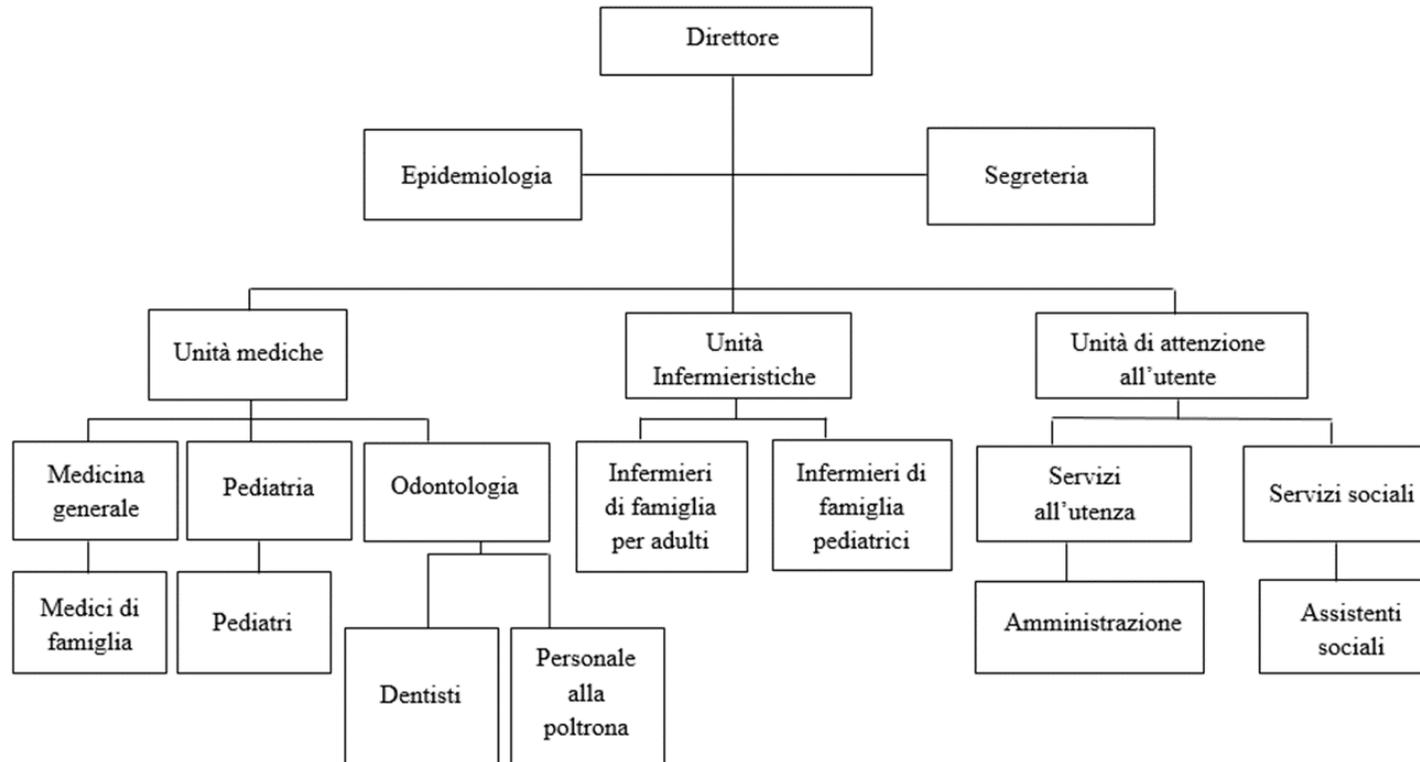
- Ana Maria Fernández Araque, E. S. (2007). Calidad De Vida Profesional de Los Profesionales de Enfermería en Atención Primaria de Soria. *Biblioteca Las Casas*.
- Beatriz Alvarez Cueto, M. E. (2013). Professional quality of life the unit ophthalmology clinic management: know will help us improve. *Annals d'oftamologia:òrgan de les Societats d'Oftalmologia de Catalunya, Valencia i Balnears*, 1133-7737.
- Braut, L. B. (2015, Luglio 29). Tratto il giorno Settembre 26, 2015 da Sito web Corporació Sanitària parc Taulí: <http://www.tauli.cat/tauli/informacio-corporativa/estructura-organitzativa>
- Carmen Diaz Corte, Ó. S. (2013). Calidad de vida de los profesionales en el modelo de gestión clínica de Asturias. *Gaceta Sanitaria*, 502-507.
- Cominetti Laura, G. L. (2013). Evaluation of Staff's Job Satisfaction in the Spinal Cord Unit in Turin. *The Open Nursing Journal*, 49-56.
- Departament de Salut. (2007). Estudi sobre l'Estat de Situació de la Professiò d'Infermeria als EAP de Catalunya 2004. *Biblioteca de Catalunya*.
- Departament de Salut. (2012). Tratto il giorno Settembre 16, 2015 da http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/pla_de_salut_2011_2015/
- E. Muñoz Seco, J. C.-B. (2006). Influencia del clima laboral en la satisfacción de los profesionales sanitarios. *Atención Primaria*, 209-214.
- F.Jorge Rodriguez, M. B. (2005). Relación de la calidad de vida profesional y el burnout en médicos de atención primaria. *Atención Primaria*, 442-447.
- Fernández Araque, C. J. (2007). Calidad De Vida Profesional de Los Profesionales de Enfermería en Atención Primaria de Soria. *Las Casas*.
- Gobierno de España. (2015). Tratto il giorno Settembre 15, 2015 da <http://www.idi.mineco.gob.es/portal/site/MICINN/menuitem.e171137464e93adbc0e06146223041a0/?vgnnextoid=c957837762673410VgnVCM1000001d04140aRCD&id1=Catalunya&id2=3682B5>
- Hanzelíková, P. G. (2012). Working Environment In Nursing: Needs Improvement? *Nurse Media Journal of Nursing*, 265-280.
- Heather Spence Laschinger, L. M. (2005). A Psychometric Analysis of the Patient Satisfaction With Nursing Care Quality Questionnaire. *Journal of Nursing Care Quality*, 220-230.

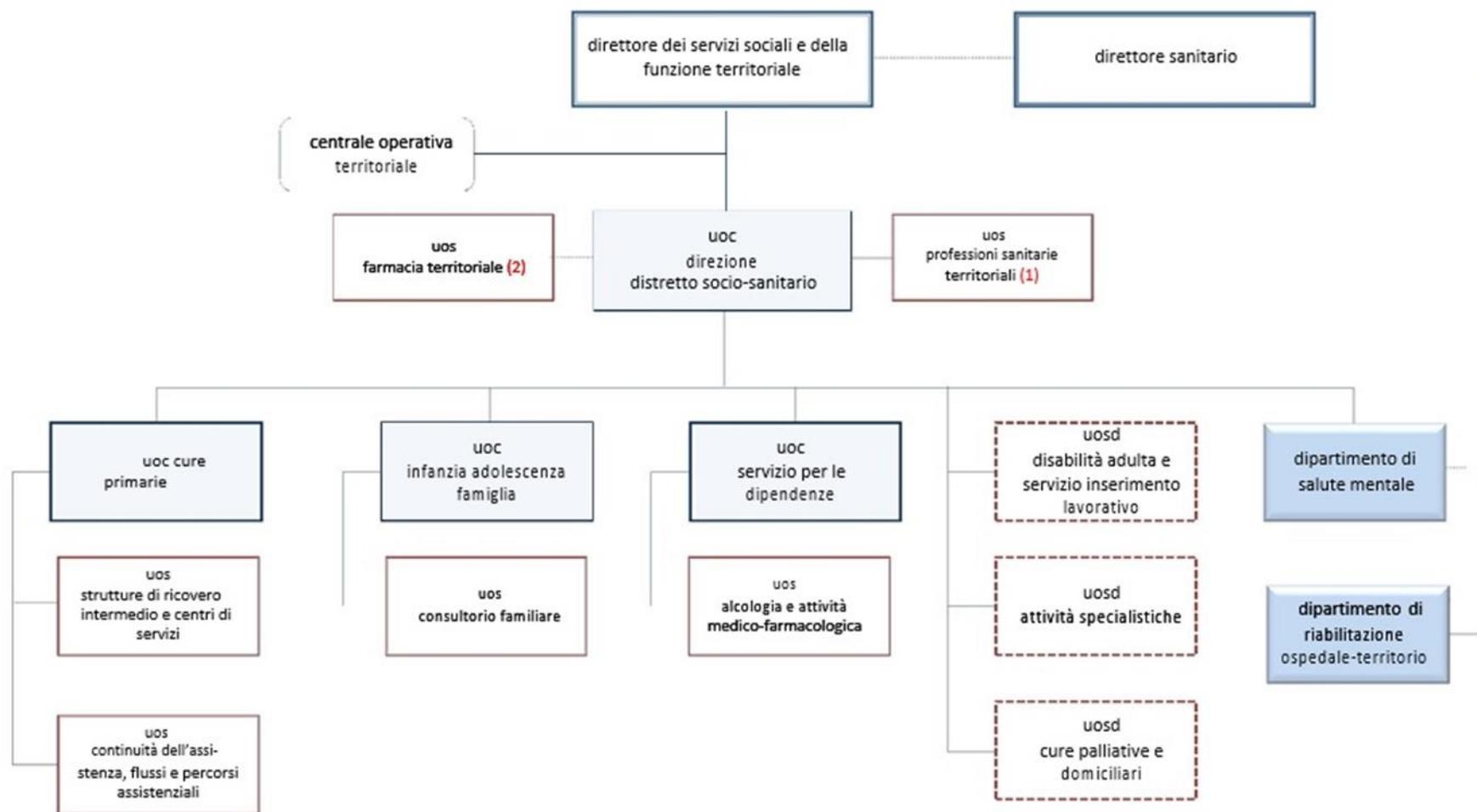
- IDESCAT. (2014). Tratto il giorno Settembre 16, 2015 da
<http://www.idescat.cat/pub/?id=inddt&n=396>
- Instituto de Información Sanitaria. (2007). Tratto il giorno Ottobre 7, 2015 da
http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/ORGANIZACION_GENERAL_DE_LA_ATENCION_PRIMARIA.pdf
- Instituto de Información Sanitaria. (2007). Tratto il giorno Ottobre 7, 2015 da
http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/ORGANIZACION_GENERAL_DE_LA_ATENCION_PRIMARIA.pdf
- J.A.Cortès Rubio, J. M. (2003). Clima laboral en atención primaria: ¿ que hay que mejorar?
Atención Primaria, 288-95.
- Jesús Martín, J. A. (2004). Características métricas del Cuestionario de Calidad de Vida Profesional (CVP-35). *Gaceta Sanitaria* , 129-136.
- Jesus Martín-Fernandez, T. G.-G.-L.-R.-M.-A. (2007). Professional quality of life and organisational changes: a five-year observational study in Primary Care. *BMC Health services Research*.
- Katia Viriginia de Oliveira Feliciano, M. H. (2010). Overlapping of duties and technical autonomy among nurses of the Family Health Strategy. *Revista de Saúde Pública*.
- Ministero della Salute. (2012). Tratto il giorno Settembre 16, 2015 da
http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=1298&area=programmazioneSanitariaLea&menu=vuoto
- Ministero della Salute. (2013, Marzo 29). Tratto il giorno Settembre 16, 2015 da
[http://www.salute.gov.it/:](http://www.salute.gov.it/)
http://www.salute.gov.it/portale/ministro/p4_4.jsp?lingua=italiano&label=cennistorici&id=546
- Muñoz-Seco, E. C.-B.-Q.-P. (2006). Influencia del clima laboral en la satisfacción de los profesionales sanitarios. *Atención Primaria*, 209-214.
- P. Ciammella, B. D. (2012). The "BUONGIORNO" project: Burnout syndrome among young Italian radiation oncologists. *Informa Healthcare*.
- Patrizia Ciammella, B. B. (2013). The "BUONGIORNO" Project: Burnout Syndrome Among Young Italian Radiation Oncologists. *Informa Healthcare*, 1-7.
- R. Sánchez González, R. Á. (2003). Calidad de vida profesional de los trabajadores de Atención Primaria del Área 10 de Madrid. *Medicina familiar y comunitaria*, 291-296.
- Robert Karasek. (1989). The political implications of psychosocial work redesign: a model of the psychosocial class structure. *International Journal of Health Services*, 481-508.

- S. Tabolli, A. I. (2006). Soddissfazione lavorativa, burnout e stress del personale infermieristico: indagine in due ospedali di Roma. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, 49-52.
- Salvador, J. C. (2015). *Gestion Sanitaria*. Tratto il giorno Settembre 16, 2015 da <http://www.gestion-sanitaria.com/2-sistema-sanitario-espanol.html>
- Sánchez, G. (1993). La qualitat de la vida profesional como a avantatge competitiv. *Revista de Qualitat*, 4-9.
- Simon L. Dolan, S. G. (2008). Predictors of "quality of work" and "poor health" among primary health-care personnel in Catalonia. *International Journal of Health Care*, 203-218.
- Susana Albanesi de Nasetta, V. G. (2012). Calidad de vida percivida en el personal de enfermeria de un hospital general. *Alcmeon, Revista Argentina de Clinica Neuropsiquiàtrica*, 52-59.
- Varo, J. (1995). La calidad de la atención medica. *Medicina Clinica*, 538-540.

ALLEGATI

Allegato 1: Struttura organizzativa del CAP di Sabadell (Barcellona) in Catalogna ed assetto organizzativo del distretto socio-sanitario dell'ULSS7 in Italia.





Allegato 2: Tabella riassuntiva degli articoli di revisione

	Riferimento	Disegno, setting e campione	Scopo/ obiettivi/ domande di ricerca	Risultati	Conclusioni	Implicazioni per l'infermieristica
Studio	<p>Professional quality of life and organizational changes: a five-year observational study in Primary Care di Martin-Fernandez J., 2007.</p> <p>Quality of life AND Primary Health Care Pubmed</p>	<p>Studio di tipo osservazionale analitico trasversale svolto a Madrid, Spagna. Il questionario è stato somministrato 3 volte. Nelle prime due (2001 e 2003) si sono scelti a random 450 lavoratori; mentre nell'ultima somministrazione si sono coinvolti tutti i 1500 lavoratori. Il campione è stato diviso in 3 gruppi. Nel primo si trovano farmacisti, psicologi, dentisti e medici (con il 97,3% di medici); nel secondo ostetriche infermieri, fisioterapisti e servizi sociali (con il 92,5% di infermieri) mentre nel terzo impiegati, portinai e personale ausiliario.</p>	<p>Lo studio volge a valutare i cambiamenti nella QVP durante un processo di cambiamento manageriale all'interno dell'azienda, ovvero una decentralizzazione e dei servizi.</p>	<p>Il secondo gruppo ha avuto una QVP maggiore del primo gruppo, mentre non c'è stata differenza tra il primo e il secondo gruppo. Il "supporto manageriale" si conferma avere un certo peso nella QVP mentre è meno chiara l'area della "motivazione intrinseca". I professionisti che possiedono responsabilità manageriali si è notato avere un QVP più bassa rispetto alle altre. I dati rivelano che per il gruppo I e II un aumento del supporto manageriale potrebbe portare ad un aumento della QVP. L'influenza dell'età nella qualità di vita non è chiara. Il lavoro straordinario e i turni di notte sono risultati essere meno desiderabili.</p>	<p>La QVP è un elemento che va considerato quando si progettano cambiamenti nelle organizzazioni sanitarie. Coinvolgere il personale al cambiamento e fargli mantenere l'autonomia potrebbero essere interventi efficaci contro il burnout indipendentemente dal tipo di organizzazione.</p>	<p>L'infermiere potrebbe essere maggiormente coinvolto nei cambiamenti che l'azienda mette in atto.</p>

Studio	Calidad De Vida Profesional de Los Profesionales de Enfermería en Atención Primaria de Soria de Ana María Fernández Araque et al. (2007)	Questo è uno studio di tipo descrittivo trasversale. La ricerca è stata svolta a Soria, nella Castiglia e Leon in Spagna. Si concentra nei 14 Centri di Salute dell'Area di Assistenza Primaria di Soria. Il campione è composto in tutto da 104 professionisti.	Mira non solo a conoscere la QVP del personale infermieristico ma anche a capire quali fattori influiscono sulla QVP globale. Si propone inoltre, di conoscere la relazione tra le dimensioni di "appoggio direttivo", "motivazione intrinseca e "carico di lavoro".	Il tasso di risposta è molto alto del 95% . Il valore globale medio della QVP è 5,68 in una scala da 1 a 10. Il 5% ha risposto con un punteggio di 1 e 2; un altro 5% con 9 e 10; un 45% con 3,4 e 5 ed infine un 40% con 6,7 e 8. Nelle tre dimensioni quella con la media più alta è la motivazione intrinseca con 7.82; segue il carico di lavoro con 5.71 e infine l' appoggio direttivo con 4.90. Rispetto alle caratteristiche sociodemografiche l'unica relazione riscontrata è che chi lavora in centro urbano ritiene di avere una QVP più alta rispetto ai colleghi che lavorano in zone più rurali. Il punteggio più alto è stato sulla domanda "appoggio familiare" e il più basso "la mia impresa si impegna a migliorare la QV del mio posto di lavoro". La correlazione di Pearson dimostra che esiste una relazione tra QVP e "motivazione intrinseca", QVP e "appoggio direttivo"; ma non tra QVP e "carico di lavoro".	Dai dati raccolti si può dedurre che non c'è relazione tra ogni caratteristica sociodemografica e la QVP. Si può affermare invece che aumentando l'appoggio direttivo e la motivazione intrinseca la QVP sarebbe più alta. Gli autori sottolineano inoltre l'importanza di ripetere il questionario nuovamente all'intero campione per monitorare gli eventuali cambiamenti.	Interventi mirati all'aumento dell'appoggio della direzione e allo sviluppo della motivazione intrinseca aumenterebbero il QVP, migliorando il clima lavorativo.
--------	--	--	--	--	--	--

Studio	Estudio de la calidad de vida profesional en los trabajadores de atención primaria del Área I de Madrid di M.T. Jubete Vázquez et al. (2005)	Lo studio è di tipo trasversale con componenti descrittive e analitiche. È stato svolto nell'area sanitaria di Madrid ed è prende in considerazione i lavoratori delle cure primarie. Il campione è di 1324 individui e divisi per lo studio in 3 gruppi professionali. Il primo è composto da medici di famiglia, pediatri e dentisti; il secondo infermieri, ostetriche, fisioterapisti e assistenti sociali. Infine il terzo gruppo è composto da igienisti dentali, oss, impiegati e portinai.	L'obiettivo è valutare il clima lavorativo nelle cure primarie e i fattori associati alla QVP.	Il tasso di risposta è stato del 64,2% . La media ottenuta dall'appoggio direttivo è di 4,66 con intervallo di confidenza (IC) del 95% (4,57-4,76). Quella ottenuta dalla motivazione intrinseca è di 7,16 con un IC del 95% (7,09-7,24) ed infine la media del carico di lavoro è 4,66 con un IC del 95% (4,51-4,80). Ci sono differenze significative tra le 3 dimensioni e la QVP in base al gruppo preso in considerazione. Il gruppo 3 è quello che ha dato punteggi più bassi all'appoggio direttivo e con la motivazione intrinseca peggiore e che considera avere la QVP peggiore. Per quanto riguarda la dimensione "carico di lavoro" il gruppo 2 riferisce di sopportare meno rispetto all'1 e il 3.	I professionisti sollecitano più partecipazione, richiedendo che le loro idee siano ascoltate ed applicate. Richiedono una direzione più accessibile che riconosca i loro sforzi e che li informi dei risultati del loro lavoro.	La mancata attenzione alle richieste degli operatori potrebbero portare non solo all'insoddisfazione dei lavoratori ma influirebbe negativamente sulla qualità delle cure erogate e sull'utenza.
--------	--	--	--	---	--	--

Studio	Calidad de la vida profesional de la unidad de gestión clínica de oftamología: conocernos nos ayudará a mejorar di Beatriz Alvarez Cueto et al. (2013)	Questo studio descrittivo trasversale è stato svolto in ambito ospedaliero nell'unità operativa di oftamologia ed ha coinvolto il personale di questo reparto.	Lo scopo è conoscere la QVP dell'unità di oftamologia ed analizzare i suoi componenti.	Il tasso di risposta è del 86,67% (13/15). Il valore medio è stato 6,01 con una deviazione standard (DE) di 2,4677. La media più alta è nella sfera della motivazione intrinseca con 8,02 seguita dal carico di lavoro con 6,01 ed infine l'appoggio direttivo con 5,82%. L'item con il punteggio maggiore è "ho il supporto dei miei colleghi" con 9,2 e il più basso è "possibilità di promozione" con 2,22. La QVP ha una correlazione positiva con l'appoggio direttivo e negativa con il carico di lavoro.	La QVP è buona. L'alta motivazione intrinseca unita all'appoggio direttivo permette agli operatori di affrontare carichi di lavoro importanti.	Conoscere la QVP degli operatori permette di individuare gli interventi più idonei a livello organizzativo e di condizioni di lavoro al fine di migliorare la QVP nei professionisti e la qualità dell'assistenza erogata.
--------	--	--	--	---	--	--

Studio	Estudi sobre l'Estat de Situació de la Profesió d'Infermeria als EAP de Catalunya 2004 redatto dal Departament de Salut (2007)	Lo studio conoscitivo trasversale è stato svolto nell'intera Comunità Autonoma della Catalogna. Il campione è composto dagli infermieri che svolgono la loro attività nelle cure primarie.	L'obiettivo generale di questo studio è descrivere le variabili sociodemografiche ed organizzative relazionate con il campo d'azione della pratica infermieristica nelle cure primarie con lo scopo di capire quali influiscano per arrivare all'eccellenza.	L'indice di risposta è alto 98,95%. Un 14,5% identifica come problema principale; a cui seguono un eccessivo carico assistenziale (numero di pazienti) e la necessità di un miglioramento della coordinazione e pianificazione delle attività entrambe con un 8,9%. Interessante è anche notare che un 3,9% degli operatori esprime il proprio disagio nell'utilizzo delle Diagnosi Infermieristiche che trovano poco pratiche.	Emerge la volontà degli infermieri di collaborare per migliorare l'organizzazione e vorrebbero sviluppare maggiormente il ventaglio di conoscenze per cui sono stati formati. Vengono poi individuati dei punti di forza, da incoraggiare; ed altri di debolezza da migliorare.	In un'ottica di miglioramento dell'intera organizzazione della Comunità Autonoma della Catalogna verso il servizio delle cure primarie, ci si può aspettare di avere dei cambiamenti mirati ai punti di forza e di debolezza individuati nelle conclusioni.
--------	--	--	--	---	---	---

Studio	The “Buongiorno” Project: Burnout Syndrome Among Young Italian Radiation Oncologists di Patrizia Ciammella et al. (2013)	È uno studio conoscitivo svolto su territorio nazionale in Italia. Il campione è formato da membri dell’AIRO, residenti e giovani specializzandi in radioterapia oncologica.	Lo scopo dell’indagine è di valutare l’incidenza della Sindrome da Burnout ed i fattori relazionati con essa. Inoltre si vuole identificare le fonti di stress tra i giovani radioterapisti oncologici.	Uno su due degli intervistati dichiara di passare più di metà giornata in ospedale (51,1%) e un 64% di lavorare per un monte ore superiore a quello consentito per legge. I medici inoltre individuano come fonte di stress il carico di lavoro eccessivo (64%), la burocrazia (68%) e le interruzioni durante il lavoro (47%). Un 52% dichiara di avere disturbi del sonno e un 4% consumo frequente di alcol. Solo un 15% ha un supporto psicologico nel posto di lavoro. Il Burnout è globalmente del 35%.	La Sindrome da Burnout è comune tra i giovani oncologi italiani. Esiste una relazione statisticamente significativa tra fattori lavorativi/organizzativi e personali.	I dati dimostrano il bisogno di programmi di educazione specifici per affrontare lo stress e il carico di lavoro.
--------	--	--	---	---	---	---

Studio	Soddisfazione lavorativa, burnout e stress del personale infermieristico : indagine in due ospedali di Roma di S. Tabolli et al. (2006)	Lo studio è di tipo conoscitivo trasversale. Il campione preso in considerazione sono gli infermieri di due ospedali romani (IDI-IRCSS e Ospedale San Carlo).	Con questa ricerca si vuole valutare la presenza di stati di ansia e depressione correlandoli con la QVP degli operatori.	Il tasso di risposta è stato del 44% . Il 29% ha ottenuto un punteggio positivo al Burnout su una delle tre sottoscale utilizzate e il 20,3% a due. La durata dell'impiego è significativamente correlata all'esaurimento emotivo. Il punteggio medio della QVP è 6,2. Si sono individuati 4 fattori che modificano la QVP: gestione della propria U.O.; opportunità di crescita personale; chiarezza ed appropriatezza delle responsabilità e spazi e materiali.	Si evidenziano livelli moderatamente alti di Burnout. Si deve tenere presente che più lunga è la durata dell'impiego più c'è il rischio di esaurimento.	Le informazioni date da questo tipo di studi devono essere prese in considerazione per attuare interventi che prevenano o comportamenti disforici da parte degli infermieri con i pazienti.
--------	---	---	---	---	---	---

Studio	Evaluation of Staff's Job Satisfaction in the Spinal Cord Unit in Turin di Cominetti Laura et al. (2013)	L'indagine è di tipo conoscitivo trasversale ed ha coinvolto tutto il personale dell'unità di riabilitazione funzionale di un ospedale di Torino. Il campione è in tutto di 58 persone.	La ricerca mira a scoprire la QVP negli operatori nel centro di riabilitazione funzionale e ad indentificare se esiste una relazione tra ambiente lavorativo, caratteristiche e modelli organizzativi e QVP.	Il tasso di risposta è stato del 76%. Si evidenzia come elemento che compromette maggiormente la QVP la stanchezza mentale insieme al contatto continuo con la gente (3,50); poi ci sono le responsabilità (3,30) Successivamente il carico emotivo (3,20) e la stanchezza fisica (3,10) .	Dall'indagine risulta che gli infermieri dichiarano di sentire di avere un ruolo minore sebbene l'indagine metta in luce il ruolo multifunzionale, di appoggio emotivo e relazionale fondamentali per i pazienti. L'infermiere rispetto ad altre figure si sente "separato" dall'equipe riabilitativa. È inoltre risultato dall'indagine che le altre figure professionali hanno difficoltà a definire il ruolo degli infermieri.	È cruciale per il coordinator e infermieristico promuover e e rafforzare il team, promuovendo il ruolo dell'infermiere nella riabilitazione.
--------	--	---	--	--	---	--

Studio	Clima laboral en atención primaria: ¿qué hay que mejorar? Di J.A. Cortés Rubio (2003).	Questo studio trasversale analitico è stato svolto a Madrid (Spagna) nell'Area 11 e si rivolge a tutto il personale sanitario delle cure primarie. Sono stati divisi in 3 gruppi in base alla professione svolta: gruppo 1 (medici, psicologi, farmacisti), gruppo 2 (infermieri, ostetriche, fisioterapisti e assistenti sociali) e gruppo 3 (impiegati, oss e custodi).	L'obiettivo è valutare il clima lavorativo nelle cure primarie e i fattori associati alla QVP.	Il tasso di risposta è del 62,7%. La motivazione intrinseca ha avuto il punteggio più alto 7,41 di media poi il carico di lavoro con 6,06 ed infine il supporto direttivo con 4,80. La media della QVP è 5,14 ed è stata più alta per le donne, per il gruppo 2 e per i professionisti con meno domanda di lavoro. Le donne e i lavoratori temporanei hanno una motivazione intrinseca più alta. Il carico di lavoro risulta essere maggiore nei gruppi 1 e 3. Le caratteristiche sociodemografiche dell'età, tipo di turno, stato civile, anni di servizio, numero di colleghi e partecipazione a comitati manageriali non sembrano influire sulla QVP.	La QVP è medio-bassa ed è peggiore per i medici ed personale ausiliario che per gli infermieri. La motivazione intrinseca è moderatamente alta, soprattutto per le donne e non si relaziona con età, categoria professionale e zona di lavoro (rurale o urbano). Una peggiore QVP si relaziona con un basso appoggio direttivo e alto carico di lavoro. C'è una QVP più bassa per gli uomini e in zone lavorative rurali.	Per migliorare la QVP si dovrà diminuire il carico di lavoro sia con mezzi organizzati che con aumento del personale; stimolare la motivazione intrinseca dalla direzione. Sarebbe funzionale allo scopo anche dare al personale riconoscimento e feedback e dare più autonomia di decisione ai lavoratori.
--------	--	---	--	--	---	---

Allegato 3: Consenso e spiegazione del progetto in spagnolo



CONSENTIMIENTO INFORMADO POR EL QPL – 35

Se autoriza D/Dña Monica Sperandio como estudiante del 3º año de Enfermería al tratamiento de los datos obtenidos dal cuestionario QPL - 35 para la realizazi3n de su trabajo de fin de grado.

Este cuestionario investiga la calidad de vida profesional percibida da los enfermeros y ya ha sido utilizado por otros estudios.

Los datos contenidos en esto cuestionario anonimo no podran ser utilizados para ning3n otro fin, ni en otro recinto que no sea el especificado anteriormente.

La participaci3n al estudio es completamente voluntaria, pero Su participaci3n es muy importante para hacer progresar los conocimientos cient3ficos inherentes la asistencia de los enfermeros.

Usted no estar3 en ning3n modo identificable.

Acepto participar despu3s de haber comprendido los objetivos del estudio.

FDO: Sr/a

FDO: Sr/a

Sabadell, Mayo de 2015

4	La mancanza di tempo per svolgere il mio lavoro mi mette fretta e stanchezza										
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5	Ci sono conflitti con altre persone del mio lavoro										
6	Mancanza di tempo per la vita personale										
7	Scomodità fisica del lavoro										
8	Carico di responsabilità adeguato										
9	Interruzioni moleste (che possono disturbare l'attività lavorativa)										
10	Lo stress è adeguato(sforzo emozionale)										
11	Il mio lavoro ha conseguenze negative per la mia salute										

Parte 3: motivazione intrinseca											
		NIENTE			POCO		ABBASTANZA			MOLTO	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Allegato 6: Consenso e spiegazione del progetto in italiano



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Corso di Laurea in Infermieristica

Sede di Conegliano

CONSENSO INFORMATO

La direzione dell'Azienda ULSS7 ha autorizzato il Corso di Laurea in Infermieristica, (C.L.I.), dell'Università degli studi Padova, sede di Conegliano, in collaborazione con l'Unità Operativa Assistenza Domiciliare Integrata, del Distretto Nord di Vittorio Veneto, Farra di Soligo e Conegliano a somministrare il questionario QPL-35 al fine di rilevare la qualità percepita della vita lavorativa. In questo modo si potranno paragonare i dati raccolti con quelli ricavati dalla somministrazione del medesimo questionario presso un Centro di Attenzione Primaria dell'Ajuntament di Sabadell (Barcellona) dove lavorano alcuni Infermieri di Famiglia.

La partecipazione allo studio è del tutto volontaria. Lei può rifiutare o ritirarsi in qualsiasi momento.

Legga con attenzione questo documento e non esiti a chiedere chiarimenti prima di firmare.

Se Lei accetta di partecipare, le sarà somministrato il questionario già utilizzato per gli infermieri.

Non ci saranno guadagni diretti né per Lei, né per gli operatori coinvolti, ma la Sua è molto importante per far progredire le conoscenze scientifiche inerenti l'assistenza infermieristica.

Le informazioni raccolte saranno strettamente confidenziali e trattate dalla studente del C.L.I. Monica Sperandio ai sensi della normativa vigente, saranno usate solo in modo aggregato e anonimo per la preparazione di relazioni scientifiche nelle quali Lei non sarà in alcun modo identificabile.

Acconsento di partecipare avendo compreso tutte le spiegazioni sullo studio in corso e aver avuto l'opportunità di discuterle e chiedere spiegazioni. Accettando di partecipare, non rinuncio ai diritti che riguardano il trattamento dei miei dati personali.

Data, _____

Firma dell'infermiere

Firma dello Studente

La ringrazio per aver collaborato a questo importante progetto di tesi. Nel caso in cui Lei avesse bisogno di ulteriori chiarimenti, potrà rivolgersi al.....telefonando al numero..... e chiedendo di Monica Sperandio

Allegato 7: Scheda anagrafica

DATI ANAGRAFICI

Barrare con una croce o indicare a mano libera le risposte:

- **Età:** _____

- **Sesso:** M F

- **Numero di anni nel servizio ADI:** _____

- **Sede di lavoro(opzionale):** Conegliano
 Vittorio Veneto
 Farra di Soligo

- **Titolo di studio:** Universitario
 Regionale

- **Titolo:** Laurea
 Diploma

- **Anno di laurea/diploma:** _____

Allegato 8: Tabella delle numero di risposte e medie per item

Items	N risposte ottenute			Medie		
	Italia	Sabadell	Soria	Italia	Sabadell	Soria
1. Il carico di lavoro che ho è adeguato.	24	13	20	6,74	7,85	8,35
2. Sono soddisfatto/a del tipo di lavoro che ho.	25	13	20	7,88	7,92	7,6
3. Sono soddisfatto/a della retribuzione	25	13	20	5,15	5,31	3,65
4. Ho possibilità di promozione	25	13	19	4,19	5,69	3,42
5. Sono riconosciuti gli sforzi fatti.	25	13	19	5,63	6,54	4,16
6. La pressione che ricevo per svolgere la quantità di lavoro è adeguata.	25	13	20	6,71	5,31	5,4
7. La pressione ricevuta per mantenere la qualità del mio lavoro è adeguata	25	13	20	6,65	5,85	5,05
8. La mancanza di tempo per svolgere il mio lavoro mi mette fretta e stanchezza.	25	13	20	6,27	6,23	6,55
9. Sono motivato (voglia di impegnarmi).	25	12	19	7,83	7,83	7,11
10. Ho l'appoggio dei miei superiori.	24	13	20	6,61	7,23	3,85
11. ho l'appoggio dei miei colleghi.	25	13	20	7,21	7,85	5,9
12. Ho l'appoggio della mia famiglia.	25	12	20	7,67	8,58	9,15
13. Ho voglia di essere creativo.	25	13	20	7,38	7,38	7,05
14. Ho la possibilità di essere creativo.	25	13	20	6,63	6,46	5,5
15. Riesco a staccare alla fine della giornata lavorativa.	25	13	20	7,67	6,77	7,85
16. Ricevo informazioni riguardanti i risultati del mio lavoro.	25	13	19	6,60	5,92	5,32
17. Ci sono conflitti con altre persone del mio lavoro.	25	13	20	5,63	3,69	3,4
18. Mancanza di tempo per la vita personale.	24	13	19	6,07	4,38	3,74
19. Scomodità fisica del lavoro.	24	12	20	5,70	4	5,85
20. Ho la possibilità di esprimere quello che penso e di cui ho bisogno.	25	13	20	6,96	6,46	5,5

21. Carico di responsabilità adeguato.	24	13	20	6,43	7,38	7,7
22. La mia azienda lavora per migliorare la qualità di vita del mio posto.	25	13	20	5,04	6,54	2,8
23. Ho autonomia e libertà di prendere decisioni.	25	13	20	6,60	7,62	6
24. Interruzioni moleste (che possono disturbare l'attività lavorativa).	23	13	20	5,86	5,46	4,45
25. Lo stress è adeguato (sforzo emozionale).	24	13	20	5,65	6	6,6
26. Ritengo di avere le capacità necessarie per fare il mio lavoro.	25	13	17	8,04	8,54	6,94
27. Sono preparato per svolgere il mio lavoro attuale.	25	13	19	7,92	8,54	8,37
28. Varietà del mio lavoro.	25	13	19	7,75	7	7,42
29. Il mio lavoro è importante per la vita di altre persone.	25	12	19	9	8,58	8,37
30. È possibile che le mie proposte siano ascoltate ed applicate.	25	12	19	6,54	7,5	4,74
31. Mi è chiaro quello che devo fare.	25	12	20	7,92	7,42	6,95
32. Mi sento orgoglioso del mio lavoro.	25	12	20	8,71	8,5	8,1
33. Il mio lavoro ha conseguenze negative per la mia salute.	24	12	19	5,28	4,83	5,16
34. La qualità di vita del mio lavoro è buona.	25	10	19	7,40	7,3	5,68
35. Ho l'appoggio dei miei colleghi nel caso di assegnazione di responsabilità direttive.	25	7	17	7,13	7,29	6,94

Allegato 9: Tabella dei risultati: deviazione standard e intervallo di confidenza

Items	Deviazione Standard			IC al 95%		
	Italia	Sabadell	Soria	Italia	Sabadell	Soria
1. Il carico di lavoro che ho è adeguato.	0,96	0,9	1,42	5,6-8,5	6,3-9	7,68-9,02
2. Sono soddisfatto/a del tipo di lavoro che ho.	1,19	1,5	1,79	6-10	4,6-9	6,76-8,44
3. Sono soddisfatto/a della retribuzione	1,65	1,55	2,37	1-7,4	3-7,7	2,54-4,76
4. Ho possibilità di promozione	2,31	2,7	1,77	1-8	1,3-9	2,57-4,28
5. Sono riconosciuti gli sforzi fatti.	1,97	1,85	2,34	1-8	3,3-9	3,03-5,29
6. La pressione che ricevo per svolgere la quantità di lavoro è adeguata.	0,99	1,44	1,96	5-8,4	3-7,7	4,48-6,32
7. La pressione ricevuta per mantenere la qualità del mio lavoro è adeguata	1,15	1,82	2,14	4,4-8,4	3-8,7	4,05-6,05
8. La mancanza di tempo per svolgere il mio lavoro mi mette fretta e stanchezza.	1,86	1,64	2,11	4-10	4,3-9	5,56-7,54
9. Sono motivato (voglia di impegnarmi).	1,05	1,19	2,33	6-9,4	5,6-9	5,98-8,23
10. Ho l'appoggio dei miei superiori.	1,92	2,05	1,87	2,1-9,5	2,6-9	2,97-4,73
11. ho l'appoggio dei miei colleghi.	1,02	1,63	2,63	5,6-9	4,6-9,7	4,67-7,13
12. Ho l'appoggio della mia famiglia.	1,34	1,16	1,04	4,7-9,4	6,3-10	8,66-9,64
13. Ho voglia di essere creativo.	1,66	1,61	2,56	4,6-10	5-9,7	5,85-8,25
14. Ho la possibilità di essere creativo.	2,16	1,76	2,26	2,2-9,4	3,3-8,7	4,44-6,56
15. Riesco a staccare alla fine della giornata lavorativa.	1,79	2,9	1,73	3,7-9,4	1,3-10	7,04-8,66
16. Ricevo informazioni riguardanti i risultati del mio lavoro.	1,62	2,3	1,86	3,6-9	1,6-8	4,42-6,21
17. Ci sono conflitti con altre persone del mio lavoro.	1,66	2,84	1,76	2-8,9	1-8	2,58-4,22
18. Mancanza di tempo per la vita personale.	1,84	2,81	2,26	3,6-9	1-9	2,65-4,82
19. Scomodità fisica del lavoro.	1,79	2,6	3,2	2,6-9	1-8	4,35-7,35
20. Ho la possibilità di	1,4	2,15	2,09	4,6-9,4	3-9	4,52-

esprimere quello che penso e di cui ho bisogno.						6,48
21. Carico di responsabilità adeguato.	1,2	1,26	1,26	4-8	5,3-9	7,11-8,29
22. La mia azienda lavora per migliorare la qualità di vita del mio posto.	2,22	1,98	1,74	1-8,9	3-8,7	1,99-3,61
23. Ho autonomia e libertà di prendere decisioni.	1,88	2,02	1,86	3,6-9,4	3,2-9,7	5,13-6,87
24. Interruzioni moleste (che possono disturbare l'attività lavorativa).	1,67	2,3	1,82	3-9	2-8,7	3,60-5,30
25. Lo stress è adeguato (sforzo emozionale).	1,67	2,1	2,28	2,7-8,5	3-9	5,53-7,67
26. Ritengo di avere le capacità necessarie per fare il mio lavoro.	0,86	1	2,16	6,6-9	7-10	5,83-8,05
27. Sono preparato per svolgere il mio lavoro attuale.	0,97	1,2	1,61	6-9	7-10	7,59-9,14
28. Varietà del mio lavoro.	1,33	1,91	1,84	5,2-10	3,3-9	6,54-8,31
29. Il mio lavoro è importante per la vita di altre persone.	0,83	1,6	1,95	7,6-10	5,1-10	7,43-9,31
30. È possibile che le mie proposte siano ascoltate ed applicate.	1,53	1,6	2,45	4-9,4	4,3-9	3,56-5,92
31. Mi è chiaro quello che devo fare.	0,88	1,88	2,11	6-9	4,3-9,7	5,96-7,94
32. Mi sento orgoglioso del mio lavoro.	0,99	1,5	1,97	7-10	6-10	7,18-9,02
33. Il mio lavoro ha conseguenze negative per la mia salute.	1,48	2,8	2,36	2,6-7,9	1-8,7	4,02-6,30
34. La qualità di vita del mio lavoro è buona.	1,01	1,34	2	5,3-9	5,2-9	4,72-6,65
35. Ho l'appoggio dei miei colleghi nel caso di assegnazione di responsabilità direttive.	1,99	1,5	2,7	3,3-10	5,2-9	5,55-8,33

Allegato 10: Tabella della media, deviazione standard e intervallo di confidenza del QPL-35 e le dimensioni dello studio

Descrizione della media, deviazione standard e IC al 95% delle tre dimensioni.				
	N	Media	Deviazione standard	IC al 95%
Appoggio direttivo				
Italia	24	6,37	2,01	1-10
Sabadell	13	6,77	2,04	2,2-9
Soria	20	4,9	1,15	4,33-5,48
Motivazione intrinseca				
Italia	24	7,93	1,39	5-10
Sabadell	13	7,97	1,71	4-10
Soria	20	7,82	0,89	7,29-8,36
Carico di lavoro				
Italia	24	6,09	1,56	3-9
Sabadell	13	5,56	2,41	1-9
Soria	20	5,71	1,04	5,19-6,23

Allegato 11: Tabella delle variabili sociodemografiche di Italia e Soria

Variabili di Soria		
	N	%
Sesso		
Uomo	0	0%
Donna	20	100%
Età		
<50	12	63,2%
>50	7	36,8%
Tipo di centro		
Urbano	11	57,9%
Rurale	8	42,1%

Variabili Italiane		
	N	%
Sesso		
Uomo	2	8,3%
Donna	22	91,7%
Età		
<50	10	39,6%
>50	14	60,4%

Allegato 11: Tabella di Correlazione di Pearson e qualità della vita lavorativa globale nei tre studi

Correlazione di Pearson (qualità della vita lavorativa globale)			
Domande	Italia	Sabadell	Soria
1.Il carico di lavoro che ho è adeguato.	0,355	-0,225	0,169
2.Sono soddisfatto/a del tipo di lavoro che ho.	0,368	0,193	0,409
3.Sono soddisfatto/a della retribuzione	0,413	-0,303	0,612
4.Ho possibilità di promozione	0,227	-0,045	0,116
5. Sono riconosciuti gli sforzi fatti.	0,404	0,279	0,551
6. La pressione che ricevo per svolgere la quantità di lavoro è adeguata.	0,442	-0,391	-0,426
7. La pressione ricevuta per mantenere la qualità del mio lavoro è adeguata	0,323	-0,059	-0,560
8. La mancanza di tempo per svolgere il mio lavoro mi mette fretta e stanchezza.	-0,204	-0,579	0,040
9. Sono motivato (voglia di impegnarmi).	0,392	0,012	0,330
10. Ho l'appoggio dei miei superiori.	0,498	0,494	0,145
11. ho l'appoggio dei miei colleghi.	0,401	0,177	0,048
12. Ho l'appoggio della mia famiglia.	0,246	-0,052	-0,079
13. Ho voglia di essere creativo.	-0,143	0,060	0,213
14. Ho la possibilità di essere creativo.	0,229	-0,109	0,387
15. Riesco a staccare alla fine della giornata lavorativa.	0,269	-0,482	0,498
16. Ricevo informazioni riguardanti i risultati del mio lavoro.	0,311	-0,135	0,278
17. Ci sono conflitti con altre persone del mio lavoro.	-0,205	-0,671	0,165
18. Mancanza di tempo per la vita personale.	-0,429	-0,137	0,074

19. Scomodità fisica del lavoro.	-0,371	-0,025	-0,003
20. Ho la possibilità di esprimere quello che penso e di cui ho bisogno.	0,369	0,256	0,596
21. Carico di responsabilità adeguato.	0,105	0,313	0,260
22. La mia azienda lavora per migliorare la qualità di vita del mio posto.	0,283	-0,092	0,166
23. Ho autonomia e libertà di prendere decisioni.	0,371	0,666	0,654
24. Interruzioni moleste (che possono disturbare l'attività lavorativa).	-0,195	-0,048	-0,345
25. Lo stress è adeguato (sforzo emozionale).	0,087	-0,411	-0,587
26. Ritengo di avere le capacità necessarie per fare il mio lavoro.	0,105	0,635	0,354
27. Sono preparato per svolgere il mio lavoro attuale.	0,366	-0,056	0,270
28. Varietà del mio lavoro.	0,563	-0,084	0,062
29. Il mio lavoro è importante per la vita di altre persone.	-0,051	0,498	0,256
30. È possibile che le mie proposte siano ascoltate ed applicate.	0,332	0,279	0,558
31. Mi è chiaro quello che devo fare.	0,478	0,262	0,597
32. Mi sento orgoglioso del mio lavoro.	0,270	0,019	0,297
33. Il mio lavoro ha conseguenze negative per la mia salute.	-0,489	0,174	-0,752
35. Ho l'appoggio dei miei colleghi nel caso di assegnazione di responsabilità direttive.	0,310	-0,226	-0,564

Allegato 13: Tabella della Correlazione di Pearson e QVP con relativa prova di T di Student per dimensioni

	Correlazione di Pearson	Prova di T di Student
Appoggio direttivo		
Italia	0,369	0,00009
Sabadell	0,103	0,261
Soria	0,987	0,001
Carico di lavoro		
Italia	-0,052	0,000002
Sabadell	-0,207	0,002
Soria	-0,415	0,077
Motivazione intrinseca		
Italia	0,224	0,024
Sabadell	0,067	0,166
Soria	-0,589	0,008

Allegato 14: Items senza risposta ordinati per luogo e numero di questionario

	Items non riposti
Italia	
Questionario n.5	Item 1 (Il carico di lavoro che ho è adeguato)
Questionario n.10	Item 24 (Interruzioni moleste che possono disturbare l'attività lavorativa)
Questionario n.19	Item 10 (Ho l'appoggio dei miei superiori)
	Item 18 (Mancanza di tempo per la vita personale)
	Item 19 (Scomodità fisica del lavoro)
	Item 21 (Carico di responsabilità adeguato)
	Item 24 (Interruzioni moleste che possono disturbare l'attività lavorativa)
	Item 25 (Lo stress è adeguato, in riferimento allo sforzo emozionale)
	Item 33 (Il mio lavoro ha conseguenze negative per la mia salute)
Sabadell	
Questionario n.1	Item 35 (Ho l'appoggio dei miei colleghi nel caso di assegnazione di responsabilità direttive)
Questionario n.3	Item 19 (Scomodità fisica del lavoro)
Questionario n.4	Item 12 (Ho l'appoggio della mia famiglia),
	Item 34 (La qualità del mio lavoro è buona)
	Item 35(Ho l'appoggio dei miei colleghi nel caso di assegnazione di responsabilità direttive)
Questionario n.5	Item 35 (Ho l'appoggio dei miei colleghi nel caso di assegnazione di responsabilità direttive)
Questionario n.6	Item 3 (Sono soddisfatto della retribuzione)
	Item 35 (Ho l'appoggio dei miei colleghi nel caso di assegnazione di responsabilità direttive)
Questionario n.8	Item 29 (Il mio lavoro è importante per la vita di altre persone)
	Item 35 (Ho l'appoggio dei miei colleghi nel caso di assegnazione di responsabilità direttive)
Questionario n.9	Item 35 (Ho l'appoggio dei miei colleghi nel caso di assegnazione di responsabilità direttive)
Questionario n.11	Item 5 (Sono riconosciuti gli sforzi fatti)
Questionario n.13	Item 9 (Sono motivato)
Soria	
Questionario n.1	Item 34 (La qualità di vita del mio lavoro è buona)